

НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКИЙ ЖУРНАЛ ДЛЯ ВРАЧЕЙ

# Пятиминутка

№ 1 (41) 2017

**Международное  
медицинское  
сотрудничество**

**Аллергия и дисбактериоз**

**Санаторно-курортное  
лечение**

**Лечебные минеральные  
воды**

**Резонансный тест  
и гомеопатия**

**Невросинхронизация**

**Скандинавская ходьба**

**Кошкотерапия**



ISSN 2071-0712



9 772071 071005 1 7001 >

*Per aspera ad astra*  
*Через тернии к звездам*  
Сенека

АНОНС

**Уважаемые коллеги!**  
**Приглашаем принять участие**  
**в научно-практической конференции:**

*«О наболевшем в здравоохранении:  
Часто болеющие дети»*

**27 апреля 2017 г. В 11–00**  
**Мероприятие состоится**  
**в конференц-зале Клиники «СМТ» (4 этаж)**  
**По адресу: СПб, Московский просп., 22**  
**(Ст. М. Технологический институт)**

**В программе:**

- Программа обследования, лечения и оздоровления часто болеющих детей. Первый в городе Центр лечения и оздоровления ЧБД.
- Дисбактериоз и аллергия у детей.
- Иммуномодуляторы и ЧБД.
- Особенности лечения ОРВИ, ЛОР-патологии, бронхолегочных заболеваний у ЧБД.
- Витамины-минеральные дефициты. Вопросы коррекции дисэлементозов и рационального питания детей в современных условиях.
- Вода как оздоровительный фактор. Значение правильного питьевого режима для здоровья детей. Лечебные минеральные воды.
- Вопросы реабилитации ЧБД в условиях мегаполиса. Санаторно-курортное лечение. Спелеотерапия. Фитотерапия. Апитерапия. Гирудотерапия.
- Неврологические проблемы ЧБД. СДВГ. ВСД.
- Психологические аспекты частой заболеваемости детей. Методы психологической помощи.
- Оздоровление среды обитания ребенка. Экология и здоровье.

*Конференцию сопровождает выставка фармацевтических компаний, производителей лечебной минеральной воды, изделий медицинского назначения, качественных продуктов питания и т. д., проводятся дегустации.*

**Организаторы:**

- Центр лечения и оздоровления ЧБД Клиник «СМТ»
- Издательский Дом СТЕЛЛА, СПб
- При поддержке Администрации Адмиралтейского района СПб

Всем участникам мероприятия предоставляются журналы «Пятиминутка» и методическое пособие «Программа обследования, лечения и оздоровления часто болеющих детей», а также доп. материалы по теме конференции.

Участие в мероприятии бесплатное. Регистрация обязательна.

**Справки и регистрация, а также аккредитация СМИ по тел:**  
**+7-921-589-15-82 или e-mail: stella-mm@yandex.ru**

# НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКИЙ ЖУРНАЛ ДЛЯ ВРАЧЕЙ *Пятиминутка* № 1 (41) 2017

Учредитель и Издатель – ООО «Издательский Дом СТЕЛЛА»  
Главный редактор и автор проекта – М. А. Мамаева, канд. мед. наук  
Зам. Главного редактора – В. И. Бондарь, доктор мед. наук

## Редакционный совет

1. **Акимов А. Г.**, кафедра Военно-полевой терапии Военно-медицинской академии им. С. М. Кирова, д.м.н., СПб
2. **Бондарь В. И.**, доктор медицинских наук, академик АМТН РФ, ФГАУ «НЦЗД» МЗ РФ, Москва, Россия
3. **Долинина Л. Ю.**, доцент кафедры физиотерапии и гомеопатии Северо-Западного государственного медицинского университета им. И. И. Мечникова, кандидат мед. наук, СПб
4. **Иванова Н. Е.**, зам.директора по научной работе Российского научно-исследовательского нейрохирургического института им. проф. А. Л. Паленова, Филиала ФГБУ «Федеральный Северо-Западный медицинский исследовательский центр», д.м.н., профессор, засл. врач РФ, СПб
5. **Коновалов С. В.**, профессор 2 кафедры (хирургии усовершенствования врачей) Военно-медицинской академии имени С. М. Кирова, доктор медицинских наук, профессор, СПб
6. **Петрова Н. Г.**, профессор, доктор мед. наук, зав. кафедрой сестринского дела СПбГМУ им. И. П. Павлова, СПб
7. **Сергеев О. Е.**, зав. кафедрой экономики и управления учреждениями здравоохранения Санкт-Петербургского экономического университета, эксперт Общественной Палаты при Президенте РФ, советник Председателя Законодательного Собрания СПб, действительный государственный советник 1 класса, канд. мед. наук, профессор, СПб
8. **Скрябин О. Н.**, главный хирург СПб ГПБУ «Клиническая больница им. святителя Луки», главный хирург Калининского района СПб, главный абдоминальный хирург СПб, д.м.н., профессор.
9. **Слепян Э. И.**, профессор, научный руководитель Санкт-Петербургского экологического союза
10. **Ханевич М. Д.**, зам. главного врача по хирургии — главный хирург Городского клинического онкологического диспансера, руководитель отдела хирургии и клинической трансфузиологии Российского НИИ гематологии и трансфузиологии, Засл. деятель науки РФ, Засл. врач РФ, академик РАЕН, д. м. н., профессор, СПб.
11. **Эргашев О. Н.**, Главный хирург Ленинградской области, профессор кафедры госпитальной хирургии № 2 Санкт-Петербургского Государственного медицинского университета им. акад. И. П. Павлова, д.м.н., СПб
12. **Юрьева Р. Г.**, главный врач Городского реабилитационного центра для детей с психоневрологической патологией, специалист по детской реабилитации, кандидат медицинских наук, СПб

Дизайн, фото – Мамаев Д. А.  
Отдел рекламы – Шевчук Ю. А.

Адрес редакции: 191144, СПб, 8-ая Советская ул., 50, лит. Б, пом. 1-Н  
Фактический адрес: Санкт-Петербург, Лермонтовский пр., 1\44, 4 этаж, оф. 409.

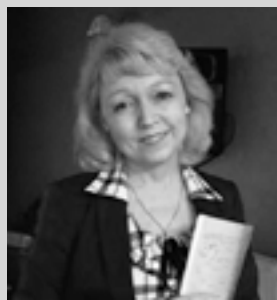
Адрес для писем: 197373, Санкт-Петербург, ул. Планерная, 47, корпус 5, кв. 135. Тел./факс (812) 307-32-78.  
E-mail: stella-mm@yandex.ru

Журнал зарегистрирован в Федеральной службе по надзору за соблюдением законодательства в сфере массовых коммуникаций и охране культурного наследия ПИ № ФС77-28496 от 06 июня 2007 г. ISSN 2071-0712

Авторские материалы не всегда отражают точку зрения редакции. Редакция не несет ответственности за содержание рекламных материалов. Полное или частичное воспроизведение или тиражирование каким бы то ни было способом материалов, опубликованных в журнале и/или на сайте журнала, допускается только с письменного разрешения редакции.

Номер подписан в печать: 30.03.2017  
Тираж: 10 000 экз. Заказ № 524  
© Издательский Дом СТЕЛЛА, 2017

Отпечатано в типографии «Невская книжная типография», 197198, Санкт-Петербург, Большая Пушкарская ул., дом № 31, лит. Б, пом. 1Н  
тел./факс: +7 (812) 643-03-19 моб. тел.: +7 (911) 720-57-57  
<http://spbcolor.com/> [spbcolor@mail.ru](mailto:spbcolor@mail.ru)



## Уважаемые коллеги!

Каждый выпуск нашего журнала имеет в своем содержании что-то новое и необычное — либо новую рубрику, либо абсолютно новую тему, которая не затрагивается в других изданиях, либо мы представляем

новых, совершенно уникальных специалистов. Не хотим вас разочаровать и на этот раз.

Учитывая, что в отечественном здравоохранении сейчас происходят очередные реформы, которые во многом перечеркивают то, чему нас ранее учили в медицинских вузах, приходится напоминать медицинскому сообществу о некоторых незыблемых вещах, например, о принципе «Не навреди!». Поэтому вашему вниманию представляем статью о таких взаимосвязанных, казалось бы, проблемах, как аллергия и дисбактериоз, хотя последнее понятие ныне стали отрицать те, кто это понятие ввел в наш обиход, впрочем, как и понятие «часто болеющие дети». Поэтому тема часто болеющих детей будет красной нитью продолжаться в наших журналах, даже если наше издание окажется единственным, кто связывает эту проблему и с дисбактериозом, и с паразитами, и с витамино-минеральным дисбалансом, предлагая простые и эффективные способы оздоровления детей.

В этой связи мы продолжаем тему санаторно-курортного лечения, альтернативной медицины и медицинской реабилитации. В рамках последней рубрики — редкая информация о венгерском Институте кондуктивной педагогики им. А. Петё.

Как всегда, мы ждем ваши вопросы, отзывы и предложения.

Журнал «Пятиминутка» — это живой организм, который функционирует за счет живого общения и обмена мнениями единомышленников.

С уважением,  
Марина Мамаева,  
главный редактор,  
кандидат медицинских наук

## Фото на первой обложке:

**Сазонова Ирина Михайловна** — врач гомеопат, общественный деятель, постоянный автор нашего журнала, г. Москва. Ее статью читайте на стр. 30.

## Информацию о журнале

«Пятиминутка», а также о мероприятиях Общества специалистов «Международное медицинское сотрудничество»

вы можете найти на сайте: <http://www.stella.uspb.ru>

Наш партнер — интернет-журнал: [sciencepop.ru](http://sciencepop.ru)

# Читайте в следующем номере:

- Вопросы непрерывного медицинского образования
- Детская сурдология
- Санаторно-курортное лечение
- Качество жизни при аллергии
- Чешские и сербские лечебные минеральные воды
- Часто болеющие дети: вопросы семейной психологии
- Введение в сексологию (продолжение)

## ИНФОРМАЦИЯ О РАСПРОСТРАНЕНИИ И ПОДПИСКЕ НА ЖУРНАЛ «ПЯТИМИНУТКА»

### Распространение журнала «Пятиминутка»:

- Бесплатно руководителям лечебно-профилактических учреждений, отделений, лабораторий, аптек, кафедр медицинских вузов, в медицинские библиотеки
- Научно-практические конференции, конгрессы, форумы и т. д.
- Подписка

### Внимание! У нас изменились банковские реквизиты. Просим быть внимательными!

|                            |                                               |                                           |                                     |        |
|----------------------------|-----------------------------------------------|-------------------------------------------|-------------------------------------|--------|
| Извещение                  | Форма № ПД-4                                  |                                           |                                     |        |
|                            | ООО «Издательский дом СТЕЛЛА»                 |                                           |                                     |        |
|                            | (наименование получателя платежа)             |                                           |                                     |        |
|                            | 7842353627 / 784201001                        |                                           | 40702810903000482671                |        |
|                            | (ИНН/КПП получателя платежа)                  |                                           | (номер счета получателя платежа)    |        |
|                            | Филиал «Северная столица» АО «Райффайзенбанк» |                                           |                                     |        |
|                            | (наименование банка получателя платежа)       |                                           |                                     |        |
|                            | БИК 044030723                                 |                                           | 30101810100000000723                |        |
|                            |                                               |                                           | (№ кор.сч.банка получателя платежа) |        |
|                            | Ф.И.О. плательщика _____                      |                                           |                                     |        |
|                            | Адрес плательщика _____                       |                                           |                                     |        |
|                            | Кассир                                        | Подписка на журнал «Пятиминутка» №№ _____ |                                     |        |
| (наименование платежа)     |                                               |                                           |                                     |        |
| Дата                       |                                               | Сумма платежа:                            | руб                                 | 00 коп |
|                            |                                               |                                           |                                     |        |
| Плательщик (подпись) _____ |                                               |                                           |                                     |        |
|                            |                                               |                                           |                                     |        |

### Уважаемые читатели!

Чтобы подписаться на наш журнал, необходимо:

1. Заполнить квитанцию и перечислить деньги на расчетный счет ООО «Издательский Дом СТЕЛЛА» с четким указанием платежа «Подписка на журнал «Пятиминутка» № 1–6 / 2017 г.»
2. Отправить копию квитанции об оплате по адресу: 197373, Санкт-Петербург, ул. Планерная, д. 47, к. 5, к. 135.

|                            |                                               |                                           |                                       |        |
|----------------------------|-----------------------------------------------|-------------------------------------------|---------------------------------------|--------|
| Извещение                  | Форма № ПД-4                                  |                                           |                                       |        |
|                            | ООО «Издательский дом СТЕЛЛА»                 |                                           |                                       |        |
|                            | (наименование получателя платежа)             |                                           |                                       |        |
|                            | 7842353627 / 784201001                        |                                           | 40702810903000482671                  |        |
|                            | (ИНН/КПП получателя платежа)                  |                                           | (номер счета получателя платежа)      |        |
|                            | Филиал «Северная столица» АО «Райффайзенбанк» |                                           |                                       |        |
|                            | (наименование банка получателя платежа)       |                                           |                                       |        |
|                            | БИК 044030723                                 |                                           | 30101810100000000723                  |        |
|                            |                                               |                                           | (№ кор. сч. банка получателя платежа) |        |
|                            | Ф.И.О. плательщика _____                      |                                           |                                       |        |
|                            | Адрес плательщика _____                       |                                           |                                       |        |
|                            | Кассир                                        | Подписка на журнал «Пятиминутка» №№ _____ |                                       |        |
| (наименование платежа)     |                                               |                                           |                                       |        |
| Дата                       |                                               | Сумма платежа:                            | руб                                   | 00 коп |
|                            |                                               |                                           |                                       |        |
| Плательщик (подпись) _____ |                                               |                                           |                                       |        |
|                            |                                               |                                           |                                       |        |

В письме должен быть указан почтовый адрес отправителя. Стоимость наземной доставки по России включена в общую сумму оплаты подписки. Стоимость 1 номера журнала — **150 рублей**. Стоимость годовой подписки (6 номеров) — **900 рублей**. Подписка может быть оформлена с очередного номера журнала.

## Уважаемые коллеги!

На страницах журнала «Пятиминутка» Вы можете поделиться с коллегами своим практическим опытом, результатами анализа научных данных, описать интересный случай из своей клинической практики, поразмышлять и принять участие в дискуссиях на актуальные темы современной медицины.

**Требования к публикациям:** объем не более 10 страниц печатного текста шрифт №12 через 1,5 интервала, не более 8 первоисточников в списке литературы для оригинальной статьи и не более 15 – для обзора литературы, нумерация источников по алфавиту. Под названием публикации Ф.И.О. автора, ученая степень, врачебная категория по специальности (если есть), место работы и должность. В конце публикации – телефон для связи.

Тексты публикаций просим предоставлять на e-mail: [hegu@mail.ru](mailto:hegu@mail.ru) с пометкой: статья в журнал «Пятиминутка».

## Приглашаем к сотрудничеству!

С уважением,  
главный редактор  
кандидат  
медицинских наук

**МАМАЕВА**  
**Марина Аркадьевна**

# В НОМЕРЕ:

**Международное медицинское сотрудничество.** Мамаева М. А.  
Февральские конференции специалистов в Хевизе [4–5]

**Международное медицинское сотрудничество.**  
Др. Янош Лендель  
Высший Институт кондуктивной педагогики  
имени Андраша Петё и Россия:  
краткая история сотрудничества [6–8]

**Международное медицинское сотрудничество**  
Наша история сотрудничества с Институтом кондуктивной  
педагогики им. А.Петё [9–10]

**Медицинская реабилитация.** Рената Фёлдеш  
Андраш Петё и рождение кондуктивной педагогики [11–12]

**Событие**  
Международный Конгресс «Болезни и боли без основания?»  
в Германии [13]

**Педиатрия.** Мамаева М. А.  
Часто болеющие дети: аллергия и дисбактериоз [14–19]

**Санаторно-курортное лечение.** Др. Б. Ждихинец  
Применение минеральной воды «Винцентка»  
в лечебных целях [20]

**Хирургия.** Перегудов С. И., Коновалов С. В., Синенченко Г. И.  
Лечение прободных гастродуоденальных язв  
у больных старых возрастов [21–25]

**Нервные болезни.** Др. Коваленко М.  
Невросинхронизация [26–28]

**Случай из практики.** Сазонова И. М.  
Возможности резонансного теста в диагностике  
хронической бензольной интоксикации, проявившейся  
железодефицитной анемией тяжелой формы [30–31]

**Реабилитация.** Сковцова В. М.  
Возможности скандинавской ходьбы в реабилитации  
неврологических больных [32–34]

**Инфекционные болезни.** Балалыкина Т. В., Балалыкина В. С.  
Болезни, ассоциированные с вирусом Эпштейна-Барр [35–37]

**Диетология.** А. Н. Завьялова  
Витамины в питании беременных и кормящих [38–41]

**Альтернативная медицина**  
Другое профессиональное воспитание... [42–43]

**Новые медицинские технологии.** Шураева Е. В.  
«Альсария-бэйби» — первые Российские  
лечебно-профилактические матрасы для новорожденных,  
детей и подростков, применяемые в домашних условиях [44–46]

**Сексология.** Др. Юст-Лурина Н.  
Некоторые психологические аспекты сексуальности [47–49]

**Альтернативная медицина.** Ю. А. Шевчук  
Кошкотерапия (фелинотерапия) [50–51]

**Санаторно-курортное лечение**  
Венгерский курорт Тапольца [52]



**Мамаева М. А.,**  
Руководитель Общества специалистов  
«Международное медицинское сотрудничество»,  
директор Издательского Дома СТЕЛЛА,  
кандидат медицинских наук,  
Санкт-Петербург, Россия

## ФЕВРАЛЬСКИЕ КОНФЕРЕНЦИИ СПЕЦИАЛИСТОВ В ХЕВИЗЕ

Около пяти лет назад стартовал новый проект нашего издательства, посвящённый изучению санаторно-курортного лечения за рубежом. Первой изучаемой страной стала Венгрия, и до сих пор она остаётся в приоритете, несмотря на то, что наши специалисты побывали в рабочих поездках и в Сербии, и в Германии, и в Болгарии, пытаемся изучать по возможности и отечественные курорты.

За эти годы при издательстве сформировалось общество специалистов «Международное медицинское сотрудничество», которое ныне объединяет более трёхсот специалистов из разных стран: России, Венгрии, Австрии, Словакии, Чехии, Сербии и т.д. Деятельность общества включает в себя следующие направления:

- Предоставление специалистам и населению достоверной информации о зарубежных и отечественных курортах, санаториях и возможностях лечения и реабилитации за рубежом (журнал для врачей «Пятиминутка», семинары, презентации, конференции)
- Повышение уровня знаний врачей по курортологии и медицинской реабилитации путем организации рабочих поездок врачей по обмену опытом за рубеж (Венгрия и др. страны), организации международных семинаров и конференций по данной тематике
- Сотрудничество и взаимодействие с Комитетами по здравоохранению и Комиссиями по здравоохранению ЗАКС СПб и ЛО, других регионов РФ, с медицинскими вузами по вопросам курортологии и медицинской реабилитации
- Стремление по возможности упорядочить так наз. медицинский туризм, придав ему грамотное и профессиональное содержание, возвращая в русло медицины, не исключая разумного сотрудничества с туристическими компаниями
- Организация консультативных кабинетов и служб по санаторно-курортному лечению в государственных и коммерческих медицинских учреждениях и их информационное сопровождение.

Международные конференции для врачей всех специальностей и тех специалистов, деятельность которых относится к сфере здоровья (психологи, коррекционные

педагоги, фармацевты и т.д.), организуются как в России, так и за рубежом, в частности, в Венгрии. Традиционной стала с 2013 года конференция «Альтернативная медицина. Возможности сотрудничества медицины народной, природной и классической», которая ежегодно в первой половине февраля проходит в городе-курорте Хевиз (Венгрия) и традиционно собирает специалистов в одной из наиболее известных и престижных лечебных гостиниц всемирно известного курорта, обладающего поистине бесценным богатством — единственным в мире доступным для круглогодичного купания термальным озером с одноимённым названием Хевиз.

Лечебная вода озера имеет уникальный состав, что широко используется венгерскими врачами в программах реабилитации пациентов с заболеваниями опорно-двигательного аппарата, ревматологическими процессами, некоторыми кожными и гинекологическими заболеваниями, а питьевые курсы местной минеральной воды дополняют лечебные программы курорта и помогают в решении проблем желудочно-кишечного тракта и обмена веществ. Кроме того, со дна «волшебного» озера добывается особо ценная лечебная грязь, которая используется не только в лечебных гостиницах и реабилитационной больнице Хевиза, но также развозится по всем курортам Венгрии, смешивается там с местной лечебной термальной водой, при этом получается совершенно новый лечебный продукт.

С 5 по 12 февраля текущего года конференция проходила в отел Danubius Health Spa Resort Hévíz \*\*\*\* superior, который не только роскошно выглядит, но и предлагает всевозможные лечебные и оздоровительные программы в своём медицинском отделении. При отеле действует также косметологический центр, где также предлагается множество самых современных услуг в области красоты и оздоровления.

В один из дней мероприятия состоялась пресс-конференция с участием мэра города Хевиз г-на Паппа Габора и руководителя Общества специалистов «Международное медицинское сотрудничество» М.А. Мамаевой, а также советника первого заместителя председателя Межпарламентской Ассамблеи стран СНГ Т.Н. Барковой.

В программе конференции в этот раз прозвучали очень интересные сообщения, например, о невросинхронизации (Др. М. Коваленко, Будапешт), о венгерском варианте аюрведической комплексной медицины на примере клиники Kalendula (Н. Котик, Будапешт, Шиофок, Венгрия), об инновационных технологиях в венгерской медицине на примере клиники Duna Medical Center (Пинтер Анна-мария, Будапешт, Венгрия), об уникальной авторской методике оздоровления организма питанием (Мейснер Каталин, Хевиз, Венгрия), о венгерской стоматологии и эстетической медицине (Пивец Наталия, Шопрон, Венгрия). И традиционно красивый и академически грамотный доклад о стратегии развития венгерского оздоровительного туризма представил бывший государственный секретарь (министр) туризма Венгрии, а ныне профессор Будапештского экономического института Др. Ковач Миклош.

Также традиционно была представлена информация о венгерских курортах: Тапольца (Елена Гаал, Hunguest Hotel Pelion, Венгрия), Хоркань (Вамхидь Бьянка, Реабилитационный Центр им. Вилмош Жигмонда, Венгрия), а курорт Хевиз представили сотрудники комплекса «Озеро Хевиз» с экскурсией по лечебному отделению комплекса и последующим купанием делегатов в живом целебном озере.

Полностью обзор венгерских курортов и сотрудничества Общества специалистов с Венгрией представила кандидат медицинских наук Мамаева Марина Аркадьевна, которая в последний день конференции также сделала доклад по другому своему проекту: «Программа обследования, лечения и оздоровления часто болеющих детей», который не менее курортологии заинтересовал делегатов.

Полунина Т. М., директор школы-интерната №49 Петропавловского района Санкт-Петербурга, сделала прекрасный доклад об оздоровительных программах своей школы, где в условиях интерната проживают, проходят лечение и получают курсы реабилитации дети с нарушения-

ми осанки и другими проблемами опорно-двигательного аппарата.

В рамках конференции осуществились и некоторые другие проекты, например, все делегаты приняли участие в мастер-классе проекта «Танцующие люди», который был разработан совместно и на базе Villa Lira в Хевизе под руководством талантливого педагога по танцам Ирины Лёгкой. Так что на таких мероприятиях специалисты получают не только новые знания, много новой информации, так сказать, «из первых рук», но и сами получают оздоровление и позитивные эмоции.

Прекрасная заповедная природа курорта, чистый воздух, спокойная, размеренная атмосфера, переключение на позитив и релакс, что неизбежно в таких условиях, — всё это в совокупности не может не сказаться крайне положительно на состоянии нервной системы всех, кто приезжает в Хевиз. Об этом совершенно справедливо и даже поэтично написали психологи нашего Общества в книге «Курорты Венгрии глазами российских специалистов», которая вышла в свет в нашем издательстве в конце 2015 года.

Дорогие коллеги, присоединяйтесь к нашему проекту, участвуйте в наших позитивных мероприятиях, расширяйте свой кругозор, обретайте новые знания с пользой и для себя, и для своих пациентов. Владение информацией даёт людям выбор. Наша задача — предоставить им эту информацию как можно в большем объёме.

Следующая конференция в Хевизе состоится 3–10 февраля 2018 года. Осенью 2017 года планируется конференция в Восточной Венгрии. А с 25 июня по 9 июля мы организуем традиционную поездку группы специалистов, родителей с детьми и всех желающих на курорт Тапольца с целью оздоровления. Следите за нашими объявлениями. ☺

**Справки по тел:**  
**+7-921-589-15-82**  
**e-mail: stella-mm@yandex.ru**





*Др. Янош Лендель окончил Филологический факультет Будапештского Университета им. Етвеша Лоранда, а также получил специальность по этнографии — фольклор, девятый год работает в Институте им. А. Петё, подготовил языковое пособие по кондуктивной педагогике.*



**Др. Янош Лендель,**  
преподаватель литературы, русского  
и венгерского языков, Институт им. А. Петё,  
Будапешт, Венгрия

## ВЫСШИЙ ИНСТИТУТ КОНДУКТИВНОЙ ПЕДАГОГИКИ ИМЕНИ АНДРАША ПЕТЁ И РОССИЯ: КРАТКАЯ ИСТОРИЯ СОТРУДНИЧЕСТВА

**К**ем был Андраш Петё, насколько знают его деятельность и насколько применяют его метод в России? Почему возникает снова и снова интерес к его деятельности и к его методу?

Почему по праву мы можем сказать, что всемирно известный венгерский врач и его ученики, применяя метод Петё, помогли вернуть смысл жизни многим людям с ограниченными возможностями, не прибегая к оперативному и сложному фармацевтическому лечению?

Смысл кондуктивной педагогики — многостороннее развитие личности на основе активных занятий. Особенность кондуктивной педагогики — это занятия в группе. На основе метода, разработанного венгерским врачом, учёным, педагогом Андрашем Петё в результате комплексного развития личности и активного обучения дезинтегрированные функции, что является следствием поражения центральной нервной системы, начинают опять правильно работать, благодаря хорошо разработанной и постоянно качественно улучшающейся комплексной программе. Кондукция — это ведение пациента с необходимой минимальной помощью к осуществлению данной конкретной деятельности.

15.04.2016, в день рождения создателя уникального педагогического метода реабилитации детей с нарушением движения, в день рождения Андраша Петё, появилась очень интересная статья русского научного исследователя Михаила Шифрина о венгерском профессоре на странице Doktor.ru. Автор представляет на основе изучения специальной литературы и своих исследований жизнь, деятельность и развитие метода А. Петё вплоть до смерти венгерского профессора (11.09.1967).

К сожалению, мало что можно прочитать на русском языке о кондуктивной педагогике и об авторе метода А. Петё. (К. Акош, М. Акош. Помощь детям с церебральным параличом. Книга для родителей: Улисс, Москва, 1994; Анnette Финк. Кондуктивная педагогика А. Петё: Академия, 2003 — обе книги в переводе с немецкого). Кроме этого, были изданы университетские пособия в те годы, когда в рамках совместной государственной программы несколько студентов обучались в Институте им. Петё в Будапеште. (Лукиянов А. Б. Дети с ДЦП, кондуктивный подход. Учеб. Пособие: МГСУ АКД.соц. работы, Москва, 2001). В последнее время были опубликованы статьи венгерских авторов об этом методе в научно-практическом журнале «Пятиминутка»

(Издательский Дом СТЕЛЛА, Санкт-Петербург). И это все...

Несколько лет тому назад моя хорошая подруга из Москвы Ольга, дефектолог, сторонник метода А. Петё и Венгрии, в шутку сказала, что отношение к понятию «кондуктивная педагогика» сейчас в России напоминает, как когда-то в своё время было отношение к жвачке. Оно в моде и принято обязательно перечислять в предложении любого реабилитационного центра этот метод в том числе. Конечно, есть и в России серьёзные специалисты, которые понимают и знают суть метода и применяют его правильно, но их очень мало, хорошо образованных специалистов не хватает, нет подходящим образом обустроенных центров для применения метода. А если метод и применяют, то в большинстве случаев применяют не комплексным образом, как разработал А. Петё, а используют только отдельные элементы метода, объединяя с другими методами. А это не совсем правильно.

Поэтому непрерывно продолжает расти интерес к этой методике. Есть стремление работать совместно с Будапештским Центром, первоисточником метода, Институтом им. Петё по поводу обучения специалистов (Санкт-Петербург, Екатеринбург и т.д.), и одновременно есть стремление со стороны родителей попасть на курсы в Институт непосредственно.

В связи с девятой Всемирной Конференцией Кондуктивной педагогики (Будапешт, декабрь 2016 г.) я готовил краткий реферат об истории связей Института им. Петё с Россией. Для реферата собрал ниже перечисленные материалы, которыми хотел бы и поделиться с вами.

С 1993 г. приезжали из России студенты на обучение в Будапештский Высший Институт им. Петё (42 чел. — из Якутии, из Тольятти, из Хабаровска). Не всем удалось окончить Институт. Последние студенты окончили Институт уже без государственной поддержки, т.е. за свой счёт, в 2003 г. Некоторые вернулись домой и там работают, многие из них сегодня работают где-то за границей на Западе, некоторые частным образом в России, некоторые остались и работают в Венгрии, но в Институте им. Петё остались работать только два человека из «российской» группы.

Хотя ГБУ Республики Саха (Якутия) «Республиканский реабилитационный центр для детей и подростков с ограниченными возможностями», г.Нерюнгри, в данное время с Институтом им. А. Петё никаких связей не имеет, директор центра Жертанова З.К. была рада ответить на мои письма. В своём письме она вспоминает об истории связей и о самом начале сотрудничества, когда сотрудник Института им. А. Петё, создатель высшего обучения кондуктологов Мария Хари в 1992 г. проводила семинар в Якутии для специалистов и представила метод, объяснила, как заниматься с больными детьми,

какое оборудование нужно для занятий. Десять студентов были отправлены на обучение в Венгрию, из них четверо вернулись, и одна женщина стала работать в этом центре в Якутии, пока не переехала в Москву. А позже проходили краткосрочные семинары для сотрудников центра в Институте в Будапеште, двое из тех, кто тогда обучался, и ныне в центре работают. Сейчас в Якутии готовятся к 25-летию Центра и на праздничную конференцию ждут и представителей будапештского института.

По поводу совместного обучения специалистов много лет идут переговоры с Екатеринбургским Университетом Физкультуры. Даже разработан учебный материал, с помощью которого выпускники университета могли бы получать курс обучения и второй диплом, только из-за кризиса, из-за финансовых трудностей программа так и не началась. В последнее время активно идут переговоры о сотрудничестве по поводу совместного обучения специалистов Института им. Петё и вузами Санкт-Петербурга.

Будапештский Институт им. Петё уникален еще и тем, что в рамках одного учреждения продолжается уже больше 50 лет четырёхлетнее образование будущих специалистов-кондуктологов (пока только на венгерском, но в ближайшее время планируется обучение и на иностранных языках). Институт имеет также базы для практики. Это кондуктивная школа, восемь детских садов, половина их — с интеграцией, отделение раннего развития, международное отделение и амбулатория для взрослых, где идёт реабилитация в группах для людей после перенесенного инсульта и для людей с болезнью Паркинсона. В этих учреждениях проходят практику студенты с первой недели обучения, для получения полноценного диплома им надо проходить большое количество уроков практики.

Специалисты других центров и университетов регулярно посещают Институт Петё, некоторые даже проходят краткосрочные курсы по основам кондуктивного воспитания (Екатеринбургский Университет Физкультуры, Московский Педагогический Университет, Владимирский Университет, Делегация Правительства Санкт-Петербурга и т.д.).

Международное отделение Института Петё работает по двум направлениям. Есть места в мире, где в сотрудничестве с Институтом, но уже самостоятельно работают по этой методике (Англия, Израиль), есть страны, где работают с участием приезжающих на краткий срок кондуктологов, — США, Норвегия, Австрия, Казахстан и т.д. (В Алма-Ате открыли центр АРУ-АНА, в котором регулярно работают совместно с венгерскими специалистами). Так работали венгерские кондуктологи и в Клине Московской области (2013 г.), короткое время и в Москве (2011–2012 гг.).



Другая деятельность Международного отделения заключается в том, что Институт на 3–4 недели принимает детей (с родителями) из-за границы. В ходе этой деятельности многие приезжают индивидуально на курсы Института из России, Белоруссии, Украины, Казахстана и из многих других стран. Приезжают и организованные группы, например, в 2004–2013 гг. по программе Правительства Москвы около 3000 детей и молодых взрослых прошли реабилитационный курс в Будапеште. И в наши дни приезжают организованные группы 4 раза в год с организационной поддержкой фонда ООО «Глобус21 век».

Интересно читать в Библиотеке Института старую переписку о началах международных связей, в т. ч. переписку с представителями постсоветских государств. Вот несколько примеров:

- Договора о сотрудничестве в области образования с Якутией, с ответственными за обучение представителями Хабаровска.
- Письмо министра Здравоохранения Казахской ССР В. Девятко от 07.09.1992 г. по поводу возможного создания института кондуктивной педагогики для казахстанских детей.
- Письмо из Вильнюса с просьбой присылать кондуктологов-специалистов для образования местных специалистов от 30.10. 1992 г. И т. д.

Мы знаем, что намного позже были серьёзные инициативы и в Украине для открытия местного института с участием венгерских специалистов.

В 2015 г. венгерские специалисты проводили семинар в Екатеринбурге, и были планы расширения местного реабилитационного центра с кондуктивным отделением с участием венгерских специалистов.

До этого не говорилось о совместных научных мероприятиях. Только благодаря усилиям организации Издательского Дома СТЕЛЛА и Общества специалистов «Международное медицинское сотрудничество» (Санкт-Петербург) специалисты Института Петё уже два раза принимали участие в международных конференциях в Санкт-Петербурге и читали доклады о кондуктивной педагогике (2013, 2016 гг.).

Интерес к кондуктивному воспитанию, к методу, разработанному врачом, выдающимся венгерским учёным Андрашем Петё неизменно растёт как всё миру, так и в России. По данным статистики, также растёт число людей с ограниченными возможностями, и растёт и стремление, чтобы их возможности максимально приспособить к условиям жизни вполне здоровых людей. Автор стихотворений, рассказов, драм, человек, который в душе, может быть, считал себя писателем, Андраш Петё открыл путь для людей, которых до того времени считали «бездёжными».

Здесь мы можем вспомнить известную мысль, которую сам Андраш Петё считал «лозунгом»: «Дай рыбу голодающему — он будет сыт на один день. Но если ты научишь его ловить рыбу — ты сделаешь навсегда богатым его и его семью». ☺

## ДЦП (ДЕТСКИЙ ЦЕРЕБРАЛЬНЫЙ ПАРАЛИЧ)

По статистике от 6 до 12 детей на каждую тысячу новорожденных рождаются с диагнозом ДЦП и многие думают, что это заболевание передается по наследству, однако непосредственной причиной развития ДЦП у плода является патологическое нарушения структур головного мозга, приводит к этому состоянию недостаточное поступление кислорода. Риск развития ДЦП повышается под влиянием следующих провоцирующих факторов:

- Инфекционных заболеваний матери на протяжении всей беременности (вирус герпеса, цитомегаловирус, токсоплазмоз).
- Неправильное развитие отделов головного мозга при внутриутробном развитии плода.
- Несовместимость крови матери и ребенка — резус — конфликт, приводящий к гемолитической болезни новорожденных.
- Хроническая гипоксия плода во время беременности и самих родов.
- Эндокринологические и острые соматические заболевания матери.
- Тяжелые роды, затяжная родовая деятельность, травмы ребенка, полученные при прохождении через родовые пути.
- В раннем перинатальном периоде ДЦП может быть вызвано токсическим поражением организма тяжелыми ядами, инфекционными болезнями, захватывающими отделы и кору головного мозга.

Большая роль в развитии ДЦП отводится кислородному голоданию мозга, которое возникает при неправильном расположении в теле матки плода, затяжных родах, обвитии шейки пуповиной. У большинства детей выявляется влияние сразу нескольких факторов, один из которых считается ведущим, а другие усиливают его негативное влияние.

ДЦП относится к болезням нервной системы и по МКБ 10 заболеванию присвоен код G80, имеются и подпункты, обозначающие форму паралича. ДЦП относится к не прогрессирующим заболеваниям нервной системы, но при отсутствии лечения дети заметно отстают в развитии как умственном, так и в физическом от своих сверстников.

Реабилитационные мероприятия, начатые в раннем детстве, позволяют добиться отличных результатов, естественно, все зависит и от формы болезни. Дети с детским церебральным параличом, в основном, доживают до старости и могут иметь своих детей.

Источник: <http://gidmed.com/bolezni-nevrologii/>



# НАША ИСТОРИЯ СОТРУДНИЧЕСТВА С ИНСТИТУТОМ КОНДУКТИВНОЙ ПЕДАГОГИКИ ИМ. А. ПЕТЁ

После немного грустной статьи уважаемого коллеги доктора Ленделя Яноша, из которой следует, что попытки сотрудничества российских специалистов с Институтом кондуктивной педагогики им. А. Петё предпринимались неоднократно, но, к великому сожалению, не имели длительного продолжения, т.к. базировались на энтузиазме отдельных людей, хочется поделиться с нашими коллегами своими мыслями по этому поводу и, конечно, своим опытом работы в этом направлении.

Впервые побывать в Институте кондуктивной педагогики им. А. Петё в Будапеште мне удалось в 2012 году. Своими глазами я увидела, как работают в этом уникальном учреждении кондуктологи по методу венгерского специалиста — врача и педагога — Андраша Петё. Метод, несомненно, дает шанс детям, страдающим ДЦП и другими двигательными нарушениями, значительно улучшить свое качество жизни, свои возможности двигаться и развиваться наравне со здоровыми детьми.

О методе А. Петё знают во всем мире, изучают эту методику и транслируют в разных странах, помогая детям и взрослым пациентам с нарушениями движения. Способов перенять опыт венгерских коллег несколько: 1) приглашать кондуктологов из Института им. А. Петё для обучения своих специалистов на местах; 2) направлять своих специалистов на обучение в Институт им. А. Петё с получением диплома/сертификата; 3) комбинированные способы обучения, включая дистанционные. Все эти способы передачи знаний по кондуктивному воспитанию Институт давно освоил и использует в своей международной образовательной деятельности. И многие страны пользуются такой возможностью, т.к. научились понимать экономическую выгоду от уменьшения числа инвалидов в стране за счет их перехода в разряд вполне здоровых и работоспособных людей. А насколько выгодно не допускать массового перехода в разряд инвалидов детей! Именно в детском возрасте огромное значение имеет

своевременность оказания эффективной медицинской и педагогической помощи. То, что эффективно сейчас и, может быть, завтра, порой через год-два уже теряет всякий смысл. А у нас большинство больных детей годами ждут необходимой медицинской помощи. Бесплатных медицинских услуг, реально предоставляемых детям, становится все меньше. На этом фоне возникают многочисленные «фонды», собирающие милостыню с наших сограждан на лечение тяжело больных детей, которым, согласно нашему законодательству, медицинская помощь должна предоставляться в необходимом объеме своевременно и бесплатно. Не понятная для многих ситуация...

Сотрудничая с единственным в нашем пятимиллионном городе Городским центром реабилитации детей с психоневрологической патологией (в основном, детей с ДЦП), пришлось узнать и нерадостную статистику по заболеваемости детей, и о хронической недостаточности тех реабилитационных мероприятий, которые предоставляются таким детям, хотя, надо сказать, что сотрудники указанного центра самоотверженно трудятся на своих рабочих местах с таким тяжелым контингентом детей, просто больных детей очень много, а центр один... В центре тоже прекрасно знают про метод кондуктивной педагогики, знают о его эффективности, но никто им не владеет.

В 2013 г. после нескольких публикаций в нашем журнале нам совместно с главным врачом центра к.м.н. Юрьевой Р.Г. удалось убедить Комитет по здравоохранению провести совместный семинар с венгерскими специалистами. Такой семинар состоялся в феврале 2013 г., это было очень полезное общение российских неврологов, реабилитологов и педиатров с венгерскими кондуктологами. Все ожидали, что после такого мероприятия развернется полномасштабное сотрудничество с Институтом им. А. Петё, и наши маленькие пациенты, страдающие двигательными нарушениями, наконец, получат доступ к венгерской уникальной методике. Увы, ничего не произошло...





В последующие годы несколько раз мы приглашали специалистов из Института им. А.Петё с докладами на наши конференции, которые организовывали сами (силами Издательского Дома СТЕЛЛА и образовавшегося при нем Общества специалистов «Международное медицинское сотрудничество»). Эти конференции проходили как в Венгрии, так и в России. Периодически помогаем информационно и организационно тем родителям, которые хотят самостоятельно отправиться в Будапешт в Институт им. А.Петё, не дождавшись помощи государства. Но это, как говорится, капля в море. Вот и в этом выпуске журнала мы снова размещаем статьи венгерских кондуктологов, чтобы как можно больше людей знали, что есть такой метод.

Самое интересное, что метод кондуктивной педагогики у нас в стране официально признан и лицензируется! Но практически нигде до сих пор не применяется. Возникает вопрос, кому это выгодно, чтобы больные дети так и оставались больными, когда есть вполне доступный

способ реально помочь им стать здоровыми? Ведь это и экономически не выгодно, если уж мерить только рациональными мерками, и немилосердно, и глупо, в конце концов.

А пока государственное здравоохранение годами «думает» и «взвешивает», методом кондуктивной педагогики заинтересовались коммерческие клиники, готовые обучить своих специалистов методике А.Петё и внедрить этот метод на своих базах. По крайней мере, многие дети с нарушениями движения обретут возможность расти здоровыми и счастливыми. ☺

*М. Мамаева,  
к.м.н., руководитель Общества специалистов  
«Международное медицинское сотрудничество»,  
директор Издательского Дома СТЕЛЛА,  
руководитель проекта «Центр лечения  
и оздоровления ЧБД» Клиник «СМТ»,  
Санкт-Петербург, Россия*

## **Уважаемые коллеги! При Издательском Доме СТЕЛЛА организовано Общество специалистов: «Международное медицинское сотрудничество»**

### **Основные направления работы:**

- лечение и реабилитация за рубежом
- возможности оздоровления за рубежом и в России
- совмещение оздоровительных и туристических программ
- рекомендации по выбору курорта, санатория, клиники согласно профилю заболевания
- консультации специалистов — авторов издательства
- проведение семинаров по зарубежной и отечественной курортологии
- организация поездок врачей по обмену опытом с зарубежными коллегами
- организация международных конференций в России и за рубежом

**Наше главное направление — Венгрия, страна термальных источников, уникальных курортов и высокоразвитого здравоохранения**

*Первая в Санкт-Петербурге консультативная служба по санаторно-курортному лечению  
открыта в Клинике «СМТ» на Московском проспекте, 22, тел. (812) 777-9-777*



**Приглашаем к сотрудничеству врачей разных специальностей**

Справки по тел. 8-921-589-15-82, e-mail: stella-mm@yandex.ru

**www.stella.uspb.ru**



**Рената Фёлдеши,**

ассистент докторской школы, Высший Институт кондуктивной педагогики  
им. А. Петё, г. Будапешт, Венгрия

## АНДРАШ ПЕТЁ И РОЖДЕНИЕ КОНДУКТИВНОЙ ПЕДАГОГИКИ

Деятельность свою Андраш Петё начал врачом в Вене, где он был сотрудником разных санаториев, специальные области его деятельности — это туберкулёз, заболевания двигательных органов, психические заболевания, ортопедическая патология. В 20-ые и 30-ые годы он вёл эксперименты с целью объединения разных лечебных методик, и в тоже время он занимался природной терапией, гомеопатией, фитотерапией, а также он познакомился с применением механизма самоизлечения человеческого организма. Опыт, приобретенный в эти венские годы, обосновал, с точки зрения врача, кондуктивную воспитательную систему.

А. Петё, как врач, основополагающим считал возможность развития человеческих способностей. Он даже знал, что традиционными медицинскими методами невозможно оказать существенное влияние на жизнь людей с нарушением движения в результате нарушения центральной нервной системы (ЦНС). Поэтому он разработал новую, единую «реабилитационную» систему — кондуктивную педагогику, корни которой были в реформаторских стремлениях начала 20-го века с обращением к нескольким сегментам личной и общественной жизни и закономерно переплетались с новыми стремлениями воспитания эпохи, которые определились в новых теориях воспитания и проистекающих из них педагогических практик.

Первые десятилетия 20-го века принесли большие открытия в разных областях науки. Уникальность и значение деятельности Андраша Петё в том, что он в своей системе, в своём методе создал современный теоретический синтез медицинских, философских, психологических, педагогических научных достижений, и их эффективность доказал на практике. Одна из основных мыслей А. Петё была в том, что человека нельзя рассматривать как отдельные части тела и функции отдельных органов, поэтому надо рассматривать человека как единую комплексную систему. Тело, душа, дух обозначают полную систему, и в этом суть человека, и если это единство нарушается в любом месте, то это влияет на работу полной системы. Понятие этого единства определяет каждую область деятельности. Это теория, корни которой можно найти в восточной философии и в восточной медицине, в реформаторских теориях медицины и в реформо-педагогике была не приемлема для венгерских медицинских официальных органов того времени, и они смотрели на теорию А. Петё с определенным подозрением.

Жёсткая система лечения, принятая в современной медицине, не могла принимать так отличающуюся от традиционных взглядов теорию и практику А. Петё. Тем не менее, необыкновенный метод А. Петё, несмотря на непрерывные внешние преграды, со временем стал большой возможностью улучшить качество жизни для людей с нарушением ЦНС и для их семей.

В основе этой лечебной-воспитательной концепции лежит активный режим дня, который, исходя из холистических знаний о человеке, в форме групповых занятий с утреннего пробуждения до вечернего сна обеспечивает определенные рамки для жизни воспитанников.

Технология, применяемая в этой методике, предполагает постоянное присутствие кондуктологов, а также упражнения и цели, которые разрабатываются для данного конкретного человека, т.е. индивидуально. Все это показало большие результаты в развитии людей, которых до этого считали «безнадёжными» в двигательном отношении.

Выражение «воспитание» в системе кондуктивной педагогики определяет цель процесса. По представлению А. Петё, для достижения правильной деятельности не надо стремиться к изменению недостатка, а надо помогать человеку, способному к изменению. Это возможно путём системы воспитания, которая учитывает когнитивные, аффективные и коммуникативные вопросы в целом, и которая первично учитывает человеческие особенности, факторы, которые необходимы для возникновения интереса, для креативной самостоятельности, требуют связи с окружением, а также присутствие боеспособности и спонтанности. Слово «кондуктивное» подчёркивает активную форму учения. В ходе кондукции (подсказки) оформляются внутренние цели. В результате происходит координация нервной системы. Название «система» обозначает структурированность программы воспитания, которая одновременно является сетевой, трансверсальной и лонгитудинальной. Система обеспечивает в структуре деятельности связи с учётом одновременно нескольких интердепентных факторов и, как единая композиция, учитывает активную связь с окружением.

В нашем представлении, любая деятельность, творчество и т.д. идет не через повторение, не механически пассивно встраивается в человека, а пониманием сути активной учёбы и той последовательной активности в каждом отдельном сегменте процесса воспитания. Задача кондуктолога — создание самых подходящих условий



для осуществления данного процесса. Часть деятельности человека — это проявление способностей, мыслей, эмоций. Человек хочет достигать цели, решить проблему или, к примеру, играть. Это те элементы, которые играют в жизни важную роль. Нервная система человека только тогда организует процесс деятельности, если поступающий так или иначе человек имеет цель (Мария Хари, 1991). В этом смысле, интерес, постановка цели, планирование можно считать тоже активной деятельностью, а не только движением. По мнению А. Петё и его последователей, движение, если оно пассивное или рефлекторное, все равно, считается движением. Движение оценивается не только с чисто механической точки зрения. Интерес, участие вниманием в ситуации воспитания можно считать активностью даже тогда, если движение не происходит. Хорошо управляемый процесс обучения, обучение, связанное с деятельностью, эффективнее обучения путём пассивных реакций или путём повторённых ассоциаций. Кондуктивная педагогика, как и общая педагогика, использует явления функциональной реорганизации, флексибильности и пластичности. Кондукция, оказанная кондуктологом, приведёт личность к тому, чтобы она имела цель. В этом кондуктолог каждым возможным педагогическим средством помогает, вселяет уверенность, поддерживает активную связь с человеком, а не с его изменёнными функциями. Человек хочет, чтобы его поняли, и хочет понимать своё окружение. Это есть особенность каждого человека. И эту черту человека система кондуктивного воспитания считает важнейшим средством обучения. Поэтому день кондуктивного воспитания построен из таких частей, которые образуют хорошо составленное целое и создают рамки, которые делают возможным, чтобы поступки, совершаемые в этих рамках, служили в течение целого дня для понимания самого себя и понимания окружения. Каждая часть дня связана с другими частями дня, и каждая часть дня влияет на день целиком. Кондуктолог с учётом всего этого и в рамках этого «контекста» осуществляет свой план воспитания. В плане даже самая маленькая деятельность включает в себя определенный контекст (соотношения) полного плана и решение маленькой проблемы, и это такая же активность, которая получает своё настоящее значение в рамках полной программы. Полное как система динамически влияет на решение проблемы.

В системе кондуктивного воспитания воспитательный процесс включает в себя в методическом единстве движение, обучение речи, самообслуживание, обучение движению к рабочей деятельности, обучение детей в садиках и школах. Пространство, время, движение, ощущение, а также коммуникация (общение) — это те вещи, которые связывают с другими людьми и со всем миром. Всё это в кондуктивной педагогике есть единая территория. Побуждение внимания, интереса достигается новым содержанием, получением впечатлений, трудностями решаемых задач. Так называемые неспецифические факторы, как гармония, радость, эстетика, окружение, элементы настроения и разные побуждающие влияния повышают готовность к обучению учеников-воспитанников. Конкретная цель, перспективы, вызовы, успехи в социализации и опора на положительные способности личности и с когнитивной, и с эмоциональной точки зрения повышают активное участие учеников в процессе учёбы (А. Петё, 1962).

О курортах Венгрии, о лечебных и оздоровительных программах, показаниях и противопоказаниях для санаторно-курортного лечения, а также о достопримечательностях Венгрии вы можете узнать в книге

## «Курорты Венгрии глазами российских специалистов»

Книга вышла в свет  
в октябре 2015 года

Заявки по тел: +7-921-589-15-82 или e-mail:

[stella-mm@yandex.ru](mailto:stella-mm@yandex.ru)





# МЕЖДУНАРОДНЫЙ КОНГРЕСС «БОЛЕЗНИ И БОЛИ БЕЗ ОСНОВАНИЯ?» В ГЕРМАНИИ

**10** –12 марта 2017 г. в местечке Таубенхайм, что в Германии недалеко от Дрездена, состоялся 11-й Международный Конгресс по Теомедицине «Болезни и боли без основания?».

Бессменным организатором конгресса и автором уникальной методики под общим названием «Теомедицина» является известный немецкий психолог, биосенс и целитель Виктор Филиппи, основатель и руководитель Академии биоэнергетики и биоинформатики, Почетный Президент Европейского профессионального объединения биосенсов. В прежние годы в нашем журнале мы неоднократно размещали статьи, посвященные этой методике и учению Виктора Филиппи (см. «Пятиминутка» № 2, 3–4–2013 г., № 1, 2, 3–2014 г.). Напомним лишь, что в основе теории так называемой «Золотой пирамиды» лежит принцип духовного самовоспитания и самоочищения, а главными инструментами исцеления являются медитации, семинары и работа над собой, над изменением своего образа жизни.

На конгресс традиционно приглашаются интересные докладчики, ученые, врачи, биологи, психологи и т.д., так или иначе разделяющие широкие и оптимистические взгляды биосенсов на возможности человеческого организма, способного не только исцеляться и успешно восстанавливать при помощи фармацевтических препаратов и оперативных методов лечения, но и используя свои внутренние резервы организма, заложенные самой Природой, не рискуя при этом получить неблагоприятные побочные эффекты, которыми неизбежно грешат методы классической медицины.

Конгресс собрал около 1300 делегатов из разных стран, включая Германию, Австрию, Италию, Швейцарию, Польшу, из России было два доклада, оба из Санкт-



Петербурга — М.Мамаевой, к.м.н., руководителя проекта «Центр лечения и оздоровления часто болеющих детей» Клиник «СМТ», руководителя Общества специалистов «Международное медицинское сотрудничество» при Издательском Доме СТЕЛЛА, и К.Короткова, профессора ИТМО, изобретателя, писателя, исследователя, в т.ч. в области биоинформатики.

Так или иначе, все доклады были нацелены на раскрытие тесных взаимосвязей различных заболеваний с состоянием души и духа человека, какие усилия проявляет сам человек для собственного исцеления, как зависят заболевания от отношения человека к окружающим людям, от зрелости человеческой души и уровня духовности.

Несомненно, такие конгрессы заметно отличаются от традиционных научных форумов, на которых редко можно услышать смелые и свежие мысли, отличающиеся от общепринятых «инструкций» и «приказов», по которым живет современное здравоохранение. Здесь же каждый доклад был призывом к развитию, прежде всего, клинического мышления специалистов, самосовершенствованию, духовному росту и расширению кругозора, что позволяет выходить за традиционные рамки мышления «по инструкциям» и расширяет возможности врачевания. 

М. Мамаева, Таубенхайм, Германия





**Мамаева М. А.,**  
кандидат медицинских наук,  
руководитель проекта «Центр лечения  
и оздоровления часто болеющих детей» Клиник «СМТ»,  
руководитель Общества специалистов «Международное  
медицинское сотрудничество» при Издательском Доме СТЕЛЛА,  
Санкт-Петербург, Россия

## ЧАСТО БОЛЕЮЩИЕ ДЕТИ: АЛЛЕРГИЯ И ДИСБАКТЕРИОЗ

Часто болеющие дети (ЧБД) — одна из наиболее актуальных и нерешенных проблем современной педиатрии и, надо сказать, к сожалению, не решаемых доныне проблем, несмотря на многочисленные конференции, посвященные данной теме. Большинство подобных мероприятий сводится к череде докладов, рекламирующих различные фармацевтические препараты, чаще — иммуномодуляторы, противовирусные средства и синтетические витаминно-минеральные комплексы.

В то же время статистика по ЧБД, кропотливо собираемая учеными и только учеными (!), ухудшается год от года, достигая в некоторых регионах России угрожающих цифр. Не является исключением и Санкт-Петербург.

Однако споры в научных педиатрических кругах о том, как работать с часто болеющими детьми, не прекращаются, доходя порой до прямого противостояния, хотя практически значимых программ обследования и лечения ЧБД никто не предлагает, сосредотачивая свои бесконечные дискуссии лишь на отдельных аспектах проблемы, порой не имеющих ничего общего с практической медициной.

В итоге практикующие педиатры не знают, что делать с такими детьми, и снова назначают им иммуномодуляторы, антибиотики, противовирусные средства, сводя проблему к пресловутому «иммунодефициту».

### ИЗ ИСТОРИИ ВОПРОСА

В течение 10 лет — с 2005 по 2015 гг., когда я консультировала Приморский район Санкт-Петербурга, «стройными рядами» на прием шли именно ЧБД, они составили 62% от числа всех обратившихся. С этим явлением надо было что-то делать. Изучение научной литературы по данному вопросу завело в тупик, т. к. большинство научных статей и монографий были посвящены отдельным моментам проблемы, в основном, лабораторным иммунологическим исследованиям, бесполезным в обычной «земной» жизни практикующего педиатра. Налицо обнаружилась полная оторванность науки от реальной действительности.

Вспомнилась давняя методичка профессора И. М. Воронцова, в прежнее время — главного педиатра Санкт-Петербурга, которая была большим подспорьем для меня на занятиях со студентами педиатрической академии,

в т. ч. по теме «ЧБД». Профессор предлагал простые и понятные схемы профилактики ОРВИ у детей, используя методы закаливания, апитерапии, фитотерапии, ЛФК, а также метод сезонной витаминизации организма.

Речь шла о детях, болеющих простудными заболеваниями 4–6 раз в год. Но, к сожалению, ко мне на прием обращались родители с детьми, болеющими 8–10 и более раз в год, переносившими пневмонии и бронхиты, ангины и синуситы... Во времена профессора Воронцова большое значение придавали профилактическим мероприятиям и не доводили детей так массово до такого глубокого дисбаланса иммунной системы.

Возникла необходимость разработки программы обследования, лечения и оздоровления ЧБД в современных условиях и с учетом современного состояния медицины.

### ПРОГРАММА ДЛЯ ЧБД

После нескольких лет научно-исследовательской работы окончательно сформировалась программа обследования, лечения и оздоровления ЧБД, которая включает алгоритмы обследования и лечения, курсы реабилитации и санаторно-курортное лечение, а также схему диспансеризации таких детей (см. «Пятиминутка» № 5–2016).

Программа нацелена не на борьбу с иммунодефицитами, а на выявление и купирование тех патологических состояний, которые являются основой для частых простудных заболеваний ребенка и формирования вторичного дисбаланса иммунной системы.

Состояния эти весьма банальны — дисбактериоз кишечника, паразитозы (чаще лямблиоз, энтеробиоз, аскаридоз), носительство патогенной флоры в области носоглотки, латентные инфекции мочевых путей и т. д., выявляться они должны еще на первичном этапе здравоохранения, но по факту не выявляются годами, приводя к стойким нарушениям обмена веществ, что было также доказано в результате наших исследований (1).

Все выводы, которые были сделаны по результатам исследовательской работы (всего полностью обследовано 650 детей в возрасте от 1 г. до 17 лет), легли в основу разработки программы обследования, лечения и оздоровления ЧБД.

## ЧБД И АЛЛЕРГИЯ

В группе ЧБД аллергические заболевания составили 56%. Спектр диагнозов варьировал от атопического дерматита и нейродермита до респираторных аллергозов, вплоть до бронхиальной астмы различной степени тяжести.

Отягощенная наследственность по аллергическим заболеваниям отмечена только у 3,3% детей, имеющих симптомы аллергии.

Из анамнеза выявлено, что все без исключения часто болеющие дети, страдающие аллергией, переносили на первом году жизни дисбактериоз кишечника. Причем, либо это был подтвержденный лабораторно диагноз, либо в медицинских документах были четко описаны симптомы дисбактериоза без лабораторного обследования ребенка.

В 34% случаев дисбактериоз кишечника являлся следствием либо перенесенной кишечной инфекции, либо антибиотикотерапии в связи с заболеванием ребенка, в 28% случаев — следствием назначения антибиотиков кормящей матери еще в роддоме, в 38% случаев причины развития дисбактериоза кишечника у детей остались невыясненными.

В результате анализа медицинской документации удалось установить, что клинические проявления дисбактериоза кишечника у ЧБД, страдающих аллергией, не всегда вовремя замечались педиатрами или неверно интерпретировались. Так, склонность к запорам и даже система-

тические запоры, нестабильный стул, так называемые «кишечные колики», метеоризм, в особенности, у детей грудного и раннего возраста зачастую не расценивались как признаки дисбактериоза и сигнал к более углубленному обследованию. Такие дети, как правило, долго и безуспешно получали диетотерапию, эмпирическое лечение у невролога, гастроэнтеролога и т.д. без исследования микрофлоры кишечника. На этом фоне прогрессировали аллергические проявления, принимая у части детей более тяжелые формы, чем ранее. К списку специалистов, принимающих участие в обследовании ребенка, добавлялся аллерголог, который, как правило, назначал последовательно различные антигистаминные и даже гормональные препараты, получая лишь временный эффект от проводимой терапии. К сожалению, обычной практикой аллергологов также стало вносить коррективы в рацион питания детей, например, исключение жизненно важных продуктов, например, молока и молочных продуктов, являющихся основным источником кальция и белка для растущего организма.

Следует добавить, что на фоне неспецифических симптомов дисбактериоза кишечника у 42% девочек разного возраста были отмечены рецидивирующие вульвиты, которые купировались, как правило, местным применением пробиотиков.

Как у девочек, так и у мальчиков на фоне проявлений дисбактериоза кишечника рецидивировала патология ЛОР-органов (36% случаев среди всех ЧБД). Выявление

РЕКЛАМА

## *Lactobacillus reuteri* - самая продаваемая лактобактерия в аптеках Финляндии\*

«Рела Лайф» - источник пробиотических лактобактерий *Lactobacillus reuteri*, выделенных изначально из женского грудного молока.

Клинически исследованные продукты.  
[www.relalife.ru](http://www.relalife.ru)

\* IMS Health SLD MAT EUR 10/2016



### Капли «Рела Лайф» для детей с рождения

- Всего 5 капель в день
- Не требуют хранения в холодильнике
- Не имеют выраженного вкуса и запаха

### Жевательные таблетки «Рела Лайф»

- Удобны в применении: взрослым по 1 таблетке в день
- С приятным вкусом клубники

НЕ ЯВЛЯЕТСЯ ЛЕКАРСТВЕННЫМ СРЕДСТВОМ. ПЕРЕД ПРИМЕНЕНИЕМ ПРОКОНСУЛЬТИРУЙТЕСЬ С ВРАЧОМ

RU.77.99.88.003.E.008754.09.15 от 02.09.2015  
RU.77.99.88.003.E.009922.11.15 от 03.11.2015



хронических очагов инфекции в ЛОР-органах вполне реально на уровне районных бактериологических лабораторий. При соблюдении правил забора материала для посева из области зева и носа довольно часто высеваются:  $\beta$ -гемолитический стрептококк, золотистый стафилококк и другая флора, требующие санации. Однако, как показал анализ медицинской документации, участковые педиатры в большинстве своем попросту не обращают внимания на положительные результаты бактериологических посевов, успокаивая родителей тем, что «это есть у всех». Такая позиция недопустима, особенно касательно ЧБД, учитывая, что в условиях нестабильности иммунной системы возможна манифестация и генерализация стрептококковой, стафилококковой и др. инфекции, т.е. переход от стадии носительства к стадии тяжелого заболевания вплоть до развития ревматизма, гломерулонефрита, генерализованной стрепто- или стафилодермии, сепсиса и т.д.

Кроме того, у 22% детей дошкольного и раннего возраста была выявлена гиперплазия лимфоидной ткани без инфицирования (гиперплазия небных миндалин, аденоидные разрастания и т.д.), что является ничем иным, как проявлением одного из видов так называемых диатезов. Теперь это понятие официально упразднено, но, тем не менее, существовать не перестало. Таким детям еще пару десятилетий назад педиатры рекомендовали систему закаливающих и оздоровительных процедур вплоть до достижения ими старшего школьного возраста. Известно, что уровень IgA в крови таких детей либо склоняется к нижней границе нормы, либо пребывает на уровне ниже нормы, что обуславливает частую заболеваемость таких детей бронхолегочной патологией. В настоящее время, к большому сожалению, профилактическая работа с такими детьми не ведется. В результате они плавно переходят в разряд больных респираторными аллергиями, рецидивирующими бронхитами, синуситами, отитами и т.д., со временем заполняя соответствующие диспансерные группы.

## ПРИНЦИПЫ ЛЕЧЕНИЯ АЛЛЕРГИИ У ЧБД

Исходя из полученных результатов обследования ЧБД, страдающих аллергией, были определены основные принципы лечения таких детей.

Поскольку средства, направленные на устранение непосредственно симптомов аллергии, давали только временный эффект, в качестве основы терапии рассматривалась коррекция дисбактериоза кишечника.

Известно, что желудочно-кишечный тракт, в частности, кишечник является важным звеном иммунной системы организма и самым большим иммунным органом человека, где сосредоточено около 80% всех иммунокомпетентных клеток. Поэтому дисбактериоз кишечника, без всяких сомнений, способствует еще большему дисбалансу иммунитета и проявлению аллергических реакций. Возможно, именно поэтому среди ЧБД так много детей с аллергическими проявлениями (атопические дерматиты, рецидивирующая экзема, аллергические синуситы, ларинготрахеиты, риниты, бронхиальная астма).

У нас не вызывает сомнения необходимость коррекции нарушенной микрофлоры кишечника у ЧБД, что возможно сделать грамотно только после получения результатов бактериологического посева кала на дисбиоз. В совре-

менных условиях сделать это исследование тоже стало сложно. Бактериологический посев кала на дисбиоз имеет смысл только при одновременной постановке тестов на чувствительность бактерий, а большинство районных бактериологических лабораторий не обладают современными наборами таких тестов. В этих условиях врачи и пациенты вынуждены прибегать к услугам коммерческих лабораторий. Это является существенной проблемой.

Программы коррекции дисбаланса микрофлоры кишечника составляются индивидуально, в т.ч. с учетом особенностей питания ребенка. Но все схемы практически начинаются с очень важного этапа — максимального очищения кишечника, выведения токсинов, аллергенов и других не нужных организму субстратов. С этой целью применяется энтеросорбционная терапия. Сейчас ведется много споров о том, нужен ли этот этап при коррекции дисбиоза. У нас не вызывает сомнений необходимость грамотной энтеросорбции с адекватным выбором энтеросорбента, т.к. при нарушении баланса микрофлоры кишечника у ЧБД, соответственно, нарушаются и процессы всасывания, выработки витаминов группы В и т.д., нарушается проницаемость энтерогематического барьера, в связи с чем организм страдает от постоянной интоксикации: из просвета кишечника в кровь попадают токсические вещества (продукты гниения и брожения, бактериальные экзо- и эндотоксины и пр). (2,3). Токсическую нагрузку для часто болеющего ребенка добавляют и глистнопаразитарные явления, и многократные курсы антибактериальной терапии, а также сами бактериально-вирусные инфекции. Интоксикация объединяет все патогенетические процессы в замкнутый круг проблем с общим названием «Часто болеющий ребенок».

Борьба с интоксикацией в амбулаторных условиях может осуществляться единственно доступным методом — энтеросорбцией. Но важен правильный выбор энтеросорбента. Большинство препаратов данной группы вызывают запоры, выводят из организма, помимо токсических веществ, полезные вещества: витамины, минералы и т.д. Поэтому энтеросорбент должен отвечать определенным требованиям, в т.ч. не вызывать вышеописанных побочных действий, не иметь возрастных противопоказаний, обладать нормальными вкусовыми качествами.

Большинство общепринятых схем коррекции дисбиозов начинаются с антибактериальной терапии или приема так называемых кишечных антисептиков, что неизбежно ведет к дополнительному угнетению нормальной микрофлоры кишечника. Бактериофаги являются более целенаправленной и безопасной мерой воздействия на чрезмерно разросшуюся условно-патогенную флору (УПФ), но, к сожалению, к ним не всегда определяется чувствительность, в связи с чем эмпирически назначаемые бактериофаги малоэффективны.

В нашем исследовании все бактериологические анализы проводились в научно-исследовательской лаборатории, где, помимо обычного посева и определения чувствительности выявленных представителей УПФ, дополнительно проводилось определение чувствительности микрофлоры к пробиотикам. Было замечено, что среди пробиотиков есть препараты, высокая чувствительность к которым выявляется чаще всего. Т.е., благодаря расширенному бактериологическому исследованию и приме-

нению современных энтеросорбентов, казалось бы, появилась возможность воздействовать на дисбиоз без антибиотиков и антисептиков. Однако не все так просто. Бифидо- и лактофлора не устойчива в агрессивной среде, поэтому ей требуется основательная помощь в колонизации и росте. Известно, что терапевтическое действие пробиотиков значительно усиливают пребиотики, что мы и применили в нашей работе.

Выбор пребиотиков сейчас большой. В педиатрической практике предпочтительны препараты натурального происхождения, обладающие хорошими вкусовыми качествами и не вызывающие побочных действий. Пребиотики непременно должны содержать пищевые волокна, а также питательные вещества для полноценного развития нормальной микрофлоры кишечника. Назначаются пребиотики курсами по 2–3 недели.

Для детей грудного и раннего возраста пребиотиков на рынке немного. Мы используем в своей практике чаще всего Фитолон-сироп — пребиотик, разработанный Санкт-Петербургским научно-производственным объединением «Фитолон». Основным компонентом препарата являются медные производные хлорофилла — МПХ-комплекс, представляющий собой конечный продукт переработки хвои сосны и ели после удаления сенсibilизирующих компонентов (аллергенов) — смоляных кислот и эфирных масел. Это обстоятельство является очень важным для ЧБД, т.к. среди них большой удельный вес страдающих аллергией. Позитивными эффектами МПХ-комплекса

можно считать: повышение функциональной активности физиологической антиоксидантной системы, активацию процессов микроциркуляции и трофики в тканях за счет действия биологически активных веществ — хлорофилла, аминокислот, минералов, иммунокоррекцию, повышение сопротивляемости организма воздействию канцерогенных веществ, содействие выведению из организма тяжелых металлов, стимуляцию гемопоэза за счет ускорения всасывания железа в кишечнике, антимикробную активность против стафилококков, противовирусное и противогрибковое действие и т.д. Все перечисленные механизмы действия МПХ-комплекса значительно усиливает присутствие в препарате душицы обыкновенной, обладающей противовирусным и антиспазматическим действием, мяты перечной, являющейся успокоительным и антиспазматическим средством, яблочного пектина, который усиливает бактерицидное действие Фитолон на условно-патогенную и патогенную флору кишечника (4).

Современные пробиотики можно разделить на две группы в зависимости от технологии их производства: 1) Пробиотики, которые производятся с использованием метода лиофильной сушки субстрата живых активных клеток, они обычно выпускаются в форме порошка, таблеток, капсул, леденцов, пастилок или свечей, имеют длительные сроки годности (до 1 года и даже до 2-х лет) и не требовательны к непродолжительным изменениям температуры хранения. Недостатком их является то, что процесс лиофилизации переводит бактерии в анаби-

## Солнце круглый год!

РЕКЛАМА



Минисан® Витамин D3 - оригинальный препарат из Финляндии. Содержит натуральный жирорастворимый витамин D3.



### МИНИСАН® ВИТАМИН D3 ЖЕВАТЕЛЬНЫЕ ТАБЛЕТКИ

Маленькие таблетки с приятным вкусом. 5 мкг (200 МЕ) витамина D3 в одной таблетке, что соответствует 100%\* от рекомендуемого уровня суточного потребления витамина D для взрослых.

\* согласно ТР ТС 022/2011



### МИНИСАН® ВИТАМИН D3 КАПЛИ

100 МЕ витамина D3 в одной капле, что обеспечивает гибкость в дозировании с учетом индивидуальных потребностей ребенка. Не содержат спирта и аллергенных добавок. Не требуют маскировки вкуса.



НЕ ЯВЛЯЕТСЯ  
ПРИМЕНЕНИЕМ

ЛЕКАРСТВЕННЫМ  
ОЗНАКОМЬТЕСЬ

СРЕДСТВОМ. ПЕРЕД  
ИНСТРУКЦИЕЙ

[www.minisun.ru](http://www.minisun.ru)

VERMAN

RU.77.99.19.003.E.002576.06.16 от 21.06.2016  
RU.77.99.11.003.E.005777.04.15 от 17.04.2015



оз (неактивное состояние). Для возвращения в активное физиологическое состояние им требуется 8–10 часов, а за это время большая часть бактерий уже выводится из кишечника человека. Также в процессе лиофилизации бактериальные клетки теряют специфические рецепторы для адгезии, поэтому время и эффективность их пребывания в кишечнике ещё более снижается. 2) Жидкие пробиотики, при производстве которых микробные клетки остаются в активном состоянии и способны к колонизации желудочно-кишечного тракта уже через 2 часа после попадания в организм. Это возможно, когда жидкий пробиотик содержит кислотоустойчивые формы бактерий нормальной флоры человека или имеет низкую кислотность, которую способен выдержать некислотоустойчивый штамм бактерий нормофлоры, а также если титр этих бактерий в жидком пробиотике достаточно высок. Жидкие формы препаратов содержат дополнительный лечебный фактор — продукты метаболизма активных форм живых бактерий, среди которых важны низкомолекулярные жирные кислоты, способные улетучиваться при лиофилизации (4).

Представителем жидких пробиотиков является препарат «РЕЛА ЛАЙФ»® финской компании VERMAN. Препарат популярен в последние годы, т.к. показал свою высокую эффективность в коррекции дисбактериоза, легко дозируется — суточная доза составляет 5 капель, обладает высокой безопасностью. Основным компонентом препарата является представитель нормальной лактофлоры — *Lactobacillus reuteri* Protectis™ (*Lactobacillus reuteri* DSM 17938). Это одна из наиболее изученных лактобактерий в мире, эффективность которой подтверждена данными более 100 клинических исследований. Возрастных ограничений капли «РЕЛА ЛАЙФ»® не имеют и рекомендуются детям с первых дней жизни. Рекомендуемый курс — 1 месяц. Обычно для эффективной профилактики и коррекции дисбактериоза достаточно двух курсов в год. Причем, для профилактических целей данный препарат может использоваться вне каких-либо схем, т.е. самостоятельно.

На фоне проводимой коррекции дисбактериоза у ЧБД не только улучшались процессы всасывания и переваривания пищи в кишечнике, купировались такие неприятные симптомы, как метеоризм, кишечные мигрирующие боли спастического характера, нарушения стула и т.д., но и практически исчезали кожные проявления аллергии (90% случаев), что позволяло отказаться от приема антигистаминных препаратов и местных гормональных средств.

В качестве природного иммуномодулятора часто болеющим детям мы традиционно назначаем витамин D натурального происхождения и/или рыбий жир. Ничего странного в этом нет. Все знают об антирахитическом действии этого витамина. Однако только этим эффектом важная роль витамина D для роста и развития живого организма не ограничивается.

В нашем исследовании уровень витамина D в крови определялся значительно ниже нормальных показателей у 41% детей — в пределах  $26,5 \pm 2,7$  мкг/мл (при норме 47,7–144,0 мкг/мл); еще в 6% случаев витамин D был на нижней границе нормы. Этот витамин следует рассматривать как гормон, не только регулирующий кальциевый гомеостаз, но и контролирующий пролиферацию и дифференциацию клеток (5). Основные функции витамина D, не-

сомненно, связаны с поддержанием гомеостаза кальция и фосфора, он обеспечивает всасывание кальция и фосфора в кишечнике и их выведение через почки. Тем самым он непосредственно влияет на отложение кальция в костной ткани, а также на полноценность всех процессов, в которых задействованы ионы кальция: мышечное сокращение и тонус мышц, свертываемость крови и др. (6).

Помимо фосфорно-кальциевого обмена, при дефиците витамина D нарушается обмен липидов, белков, микроэлементов (медь, железо, магний и др.), в итоге, страдает весь организм (5).

Адекватный фотосинтез в коже витамина D3 рассматривается как важный антиканцерогенный фактор, а также как дополнительный фактор в преодолении глюкозотолерантности, в борьбе с ожирением (5).

Во многих научных исследованиях было доказано активное участие витамина D в регуляции иммуногенеза и клеточной пролиферации. Так, в обзоре Громовой О.А. (2007) показано, что иммунотропные эффекты витамина D проявляются в подавлении экспрессии рецепторов к трансферрину на макрофагах (W.F.C. Rigby et al., 1985), подавлении образования CD23-клеток (Ch. Fargeas et al., 1990), активности и пролиферации Т-хелперов в зависимости от концентрации ИЛ-1: при низкой концентрации ИЛ-1 витамин стимулирует пролиферацию Т-хелперов почти в 50 раз; в оптимальных (физиологических) концентрациях подавляет индукцию и пролиферацию; при повышенной концентрации ИЛ-1 повышает индукцию, но блокирует пролиферацию Т-хелперов (D.L. Lacey et al., 1987). Кроме того, ИФН-гамма дозозависимо усиливает образование кальцитриола (1,25-(OH)<sub>2</sub>-D<sub>3</sub>) альвеолярными макрофагами, что оптимизирует антиген-презентирующую функцию (H. Koeffler, Phillipe et al., 1990), а повышенные дозы витамина D оказывают подавляющее действие на процессы гуморального и клеточного иммунных ответов (S.K. Shiozawa et al., 1985; K. Muller et al., 1988). Известно также, что под действием кальцитриола происходит окончательная дифференцировка промиелоцитов HL-60 в макрофаги (R.L. Paguet et al., 1991). Поэтому витамин D3 нашел применение в качестве дифференцирующего агента даже в схемах лечения недифференцированных лейкозов и карцином. Кальцитриол индуцирует синтез Са-связывающих белков: кальбиндина кишечного эпителия, S100 нейронов, парвальбулина и тропонина мышечной ткани и кальцимединов в многочисленных тканях (в том числе в лимфоидной). Автор отмечает, что для восстановления функции макрофагов и лимфоцитов при иммунодефиците, обусловленном D-недостаточностью, необходим прием всего 450 МЕ витамина D3 в день в течение 2–3 месяцев (5).

На фармацевтическом рынке в настоящее время есть много разных форм препарата витамина D. Отдельно хотелось бы обратить внимание на МИНИСАН® Витамин D3 — оригинальный препарат финской компании VERMAN. Для детей МИНИСАН® выпускается в каплях. 1 капля содержит 100 МЕ витамина D3, что обеспечивает возможность широкого варьирования дозы с учетом индивидуальных особенностей организма. В составе препарата отсутствуют спирт и аллергенные добавки. Для взрослых МИНИСАН® Витамин D3 выпускается в виде маленьких жевательных таблеток с приятным вкусом. Одна таблетка МИНИСАН® содержит 5 мкг (200 МЕ) витамина

D3. Препараты МИНИСАН® содержат натуральный жирорастворимый витамин D3, что, несомненно, является одним из преимуществ МИНИСАН® перед многочисленными современными синтетическими формами.

При назначении витамина D рекомендуется одновременно назначать препараты кальция, витамин А, а также аскорбиновую кислоту и витамины группы В (7, 8).

При комплексном подходе к лечению ЧБД, включающем обязательную коррекцию дисбактериоза кишечника, симптоматическую терапию, санацию очагов хронической инфекции в организме, гибкие схемы иммуномодуляторов и коррекцию витаминно-минеральных дефицитов, удавалось в большинстве случаев добиваться стойкой ремиссии респираторных аллергозов, купирования кожных проявлений аллергии и в целом выводить организм ребенка на состояние полного здоровья.

Именно такой комплексный подход лежит в основе работы нового и пока единственного в Санкт-Петербурге Центра лечения и оздоровления часто болеющих детей на базе Клиник «СМТ» по адресу: Московский проспект, 22, тел. (812) 777-9-77. В Центре работают лучшие специалисты города, обладающие знаниями и опытом работы с ЧБД. Клиники «СМТ» славятся высоким уровнем диагностики, доступными ценами, широким диапазоном лечебных возможностей. Большим преимуществом является этапность оказания медицинской помощи детям на базе Клиник «СМТ», включая реабилитацию и санаторно-курортное лечение. С 28 февраля в Клиниках «СМТ» начала

функционировать первая в городе консультативная служба по санаторно-курортному лечению, включая санаторно-курортное лечение детей.

#### ЛИТЕРАТУРА

1. Мамаева М.А. Часто болеющие дети: программа обследования, лечения и оздоровления (методическое пособие для врачей-педиатров). — СПб: Издательский Дом СТЕЛЛА, 2014. — 60 с.

2. Федорова О.В., Федулова Э.Н., Тутина О.А., Коркоташвили Л.В. Особенности патогенеза и коррекция терапии воспалительных заболеваний кишечника у детей // Пятиминутка, № 1, 2011, с. 12–16.

3. Ткаченко Е.И., Суворов А.Н. Дисбиоз кишечника, СПб, 2009, 278 С.

4. Александрович Н.Ж., Пирогова З.И. Микрофлора организма человека и пути ее коррекции // Пятиминутка, № 1, 2011, с. 17–21.

5. Громова О.А. Витамин D (эргокальциферол, холекальциферол) // Практика педиатра, май, 2007.

6. Спиричев В.Б., Громова О.А. Витамин D и его синергисты // Земской врач, № 2 (13), 2012, С. 33–37.

7. Бондарь В.И. Проблема питания современного человека. Витамины и витаминоподобные вещества // Пятиминутка, № 1, 2012 (18), С. 26–32.

8. House M.D. Медицина, Лекарства и витамины, 2011.

РЕКЛАМА

## ПЕРВЫЙ В ГОРОДЕ

### ЦЕНТР ЛЕЧЕНИЯ И ОЗДОРОВЛЕНИЯ ЧАСТО БОЛЕЮЩИХ ДЕТЕЙ

по авторской программе к.м.н. Мамаевой М.А.

Клиники СМТ

Современные медицинские технологии

- ПОЛНОЕ И УГЛУБЛЕННОЕ ОБСЛЕДОВАНИЕ РЕБЕНКА В РАМКАХ РАЗРАБОТАННОГО АЛГОРИТМА
- УСТРАНЕНИЕ ПРИЧИН ЧАСТОЙ ПРОСТУДНОЙ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ ЛЕЧЕНИЕ ПЕРВИЧНОЙ ПАТОЛОГИИ
- ЛЕЧЕНИЕ ОСТРЫХ СОСТОЯНИЙ: ОРВИ, БРОНХИТОВ, СИНУСИТОВ
- СПЕЦИАЛИЗИРОВАННАЯ ПОМОЩЬ, КОНСУЛЬТАЦИИ УЗКИХ СПЕЦИАЛИСТОВ: ЛОР-ВРАЧА, СТОМАТОЛОГА, НЕВРОЛОГА, ГАСТРОЭНТЕРОЛОГА, КАРДИОЛОГА, УРОЛОГА И ДР.
- ПОЛНЫЙ КУРС РЕАБИЛИТАЦИИ
- КВАЛИФИЦИРОВАННОЕ КОНСУЛЬТИРОВАНИЕ ПО САНАТОРНО-КУРОРТНОМУ ЛЕЧЕНИЮ, ВЫБОР ПРОФИЛЬНОГО КУРОРТА
- КОНТРОЛЬ ПРОВОДИМОГО ЛЕЧЕНИЯ И ПРОФИЛАКТИЧЕСКАЯ РАБОТА
- ПРИГЛАШАЕМ К СОТРУДНИЧЕСТВУ СПЕЦИАЛИСТОВ, А ТАКЖЕ ВРАЧЕЙ НА ЕЖЕМЕСЯЧНЫЕ СЕМИНАРЫ ПЕДИАТРА КАНДИДАТА МЕДИЦИНСКИХ НАУК МАМАЕВОЙ М.А.

**ДОПОЛНИТЕЛЬНАЯ ИНФОРМАЦИЯ ПО ТЕЛЕФОНУ:**

+7 911 700-5020 Наталья Пинтурия

ИМЕЮТСЯ ПРОТИВОПОКАЗАНИЯ. НЕОБХОДИМО ПРОКОНСУЛЬТИРОВАТЬСЯ СО СПЕЦИАЛИСТОМ

ПОЛИКЛИНИЧЕСКИЙ КОМПЛЕКС «СМТ» НА МОСКОВСКОМ, 22 (Ст. метро Технологический институт)



номер лицензии: №79-01-006155 от 21.09.15г.; №79-01-006853 от 08.06.15г.

8 (812) 244-1-421  
8 (812) 777-9-777

[www.cmtmed.com](http://www.cmtmed.com)



Др. Б. Ждихинец, Прага, Чехия

# ПРИМЕНЕНИЕ МИНЕРАЛЬНОЙ ВОДЫ «ВИНЦЕНТКА» В ЛЕЧЕБНЫХ ЦЕЛЯХ

Минеральную воду «Винцентка» можно использовать для лечебных целей несколькими способами:

- 1) полоскание и промывание носоглотки и верхних дыхательных путей

- 2) ингаляции с минеральной водой

- 3) питьевые курсы воды при заболеваниях органов пищеварения, например, язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки, длительных желудочных диспепсиях, хронических заболеваниях желчного пузыря, а также при заболеваниях, вызванных нарушением обмена веществ (сахарный диабет, ожирение и т.д.), острых и хронических заболеваниях дыхательных путей.

Приём воды в виде питьевых курсов является одним из важнейших способов её применения в лечебных целях. Таким образом в организм регулярно поступают растворы минеральных солей и газов. Минеральная вода оказывает благоприятное воздействие на внутреннюю среду организма. Способствует нормализации биологических процессов в клетках слизистой оболочки органов пищеварения и дыхательной системы.

Дозы приема воды всегда устанавливаются с учетом индивидуальной переносимости и наличием противопоказаний, связанных с ограничением употребления соли.

Как правило, минеральную воду принимают два раза в день натощак перед завтраком и ужином, реже дополнительно и перед обедом. Разовая доза составляет 200–600 мл, при этом начинать прием воды рекомендуется с 200 мл, т.е. с одного стакана. Один стакан рекомендуется выпивать медленно в течение двух-трех минут, между отдельными стаканами делать паузы примерно в 5 минут.

При болезненных состояниях желудочно-кишечного тракта, раздражении слизистой желудка минеральную воду рекомендуется нагреть до температуры 30–40°C, также горячей или теплой «Винцентка» принимается и при заболеваниях дыхательных путей, тем самым повышается эффективность растворения слизи.

При желудочных диспепсиях с пониженной кислотностью желудочного сока действуют наоборот: воду принимают холодной за 20–30 минут перед приёмом пищи. При этом доза приёма уменьшается.

При желудочных диспепсиях, связанных с избытком соляной кислоты, воду принимают в теплом виде в больших дозах с интервалом в 1 час перед приёмом пищи.

При острых заболеваниях верхних дыхательных путей данная минеральная вода оказывает благотворное воздействие при приёме внутрь в комбинации с горячим молоком в соотношении 1:1. Молоко кипятят и доливают таким же количеством минеральной воды «Винцентка». Выпивают теплым в количестве 250 мл в течение примерно 5 минут.

Данное природное лекарство может успешно использоваться и при заболеваниях у детей.

## Особенности минеральной воды «Винцентка»

Добывается на территории курорта Лугачовице (Чехия) и разливается на месте добычи.

История применения с лечебной целью — с 17 века в Европе.

Упаковывается в коричневые стеклянные бутылки с защитой от УФО лучей. Срок годности 2 года.

По уровню минерализации относится к среднеминерализованным, хлоридно-гидрокарбонатно-натриевым водам с повышенным содержанием фторидов и борной кислоты.

Имеет слабокислую реакцию среды pH 6,2–6,4, солоноватый вкус.

В «Винцентке» отсутствуют токсичные и тяжелые металлы (свинец, ртуть, кадмий, хром, мышьяк и т.д.), соединения группы азота (нитриты, нитраты, аммоний), а также радионуклиды (природные и техногенные, стронций, фториды).

Соответствует нормативным требованиям по микробиологическим показателям (бактериологически чистая).

По содержанию биогенных элементов в физиологически измененном виде подходит в качестве природного дополнения к питанию спортсменов, детей, беременных женщин и выздоравливающих.

Может применяться в качестве источника йода (1 глоток в день — 25 мл — покрывает суточную потребность в йоде).

Предназначена для питьевого курсового лечения в санаторно-курортных учреждениях и для индивидуального использования в домашних условиях. А также для местного применения (промывания, ингаляции).

## Противопоказания к применению воды «Винцентка»

- Артериальная гипертензия III ст.
- ХСН III ст.
- Цирроз печени с асцитом
- Тяжелое нарушение функции почек

## Общие рекомендации

- лучше пить минеральную воду стоя или медленно проглатывая в течение 5 минут
- рекомендуется пить глотками
- в течение 30 минут после приема «Винцентки» не рекомендуется есть овощи и фрукты
- лечебный курс приема «Винцентки» — 15–20 дней, повторные курсы 2–3 раза в год



По материалам ООО «Родник»

# Родник

Минеральные воды Чехии



РЕКЛАМА

## ПРЕИМУЩЕСТВА НАШИХ ВОД

- ✓ Все наши воды бутилируются прямо у источника, что максимально сохраняет их лечебные свойства.
- ✓ Скважины по добыче минеральных вод находятся на глубине до 190 метров, поэтому наши воды абсолютно чисты и не содержат посторонних примесей.
- ✓ Население многих европейских стран лечится этими водами более 350 лет, что говорит об их эффективности и узнаваемости нашей продукции.
- ✓ С каждым годом бальнеология (лечение с помощью минеральных вод) возвращает свою популярность и заменяет фармакологические методы, так как вода не имеет противопоказаний и побочных эффектов, а результаты ее использования во многих случаях проявляются быстрее и сохраняются дольше.
- ✓ Все наши воды имеют свидетельства о регистрации и прошли добровольную сертификацию. За годы продаж у нас сотни благодарственных отзывов от врачей и покупателей.

[www.minervoda.ru](http://www.minervoda.ru) • 8 (812) 274-11-41 • 8 (495) 96-92-792

ИМЕЮТСЯ ПРОТИВОПОКАЗАНИЯ. ПЕРЕД ПРИМЕНЕНИЕМ ПРОКОНСУЛЬТИРУЙТЕСЬ С ВРАЧОМ



**Перегудов С. И.,**  
доцент 2 кафедры (хирургии  
усовершенствования врачей),  
доктор медицинских наук,  
профессор,



**Синенченко Г. И.,**  
заведующий 2 кафедрой  
(хирургии усовершенство-  
вания врачей), заслуженный  
врач Российской Федерации,  
доктор медицинских наук,  
профессор



**Коновалов С. В.,**  
профессор 2  
кафедры (хирургии  
усовершенствования врачей),  
доктор медицинских наук,  
профессор

Военно-медицинская академия  
им. С. М. Кирова, г. Санкт-Петербург, Россия

## ЛЕЧЕНИЕ ПРОБОДНЫХ ГАСТРОДУОДЕНАЛЬНЫХ ЯЗВ У БОЛЬНЫХ СТАРЫХ ВОЗРАСТОВ

### РЕЗЮМЕ

**П**рободные пилородуоденальные язвы у больных старше 60 лет сопровождаются высокой летальностью (25–36%). С увеличением возраста больных летальность возрастает после всех операций. Наибольшая летальность сопровождает резекцию желудка и различные виды ушивания язвы (40,6%). Стволовая ваготомия с иссечением язвы и пилоропластикой дает достоверно наименьшие показатели летальности (15,3%). Поэтому у пожилых больных показания к радикальным органосохраняющим операциям должны быть расширены. С ограничением следует применять данный способ лечения при прободных язвах у лиц 71–80 лет, учитывая неплохие отдаленные результаты ушивания язвы. У больных старше 80 лет радикальные операции не показаны. В таких случаях язву выгоднее иссечь и ушить. При прободных язвах, сочетающихся с тяжёлым кровотечением, у больных старше 70 лет следует ограничиться иссечением и ушиванием перфоративной язвы с прошиванием, при необходимости, язвы задней стенки. При кровопотере легкой степени тяжести у больных моложе 75 лет целесообразно выполнить стволовую ваготомию с иссечением язвы и пилоропластикой. При сочетании перфорации язвы со стенозом выходного отдела желудка у пациентов 60–75 лет операцией выбора является стволовая ваготомия с иссечением язвы и пилоропластикой. Паллиативные вмешательства в виде иссечения и ушивания язвы целесообразно выполнять больным более старшего возраста, а также пациентам в тяжелом и крайне тяжёлом состоянии.

### RESUME

**P**erforated pyloroduodenal ulcers in patients over 60 years are associated with a high mortality rate (25–36%). The highest postoperative mortality rate was recorded in patients who underwent an emergency gastric resection or a simple closure (40,6%). The truncal vagotomy and pyloroplasty showed statistically significant lower mortality rate (15,3%). So in elderly patients this surgery can be successfully used. At the age of 71–80 years this operation should be used with caution, taking to mind not bad long-term results of simple closure. In patients over 80 years the results did not depend on the fact whether definitive or non-definitive operation was applied, so the optimal surgery is to be a simple closure. When the perforation of pyloroduodenal ulcer in patients over 70 year old is accompanied by severe gastroduodenal bleeding, the surgical aid should include incision and closure of perforated ulcer with a stitching as necessary of bleeding the «mirror» ulcer. In case of a slight bloodloss in patients under 75 years the truncal vagotomy and pyloroplasty is the operation of choice. The same surgery should be done in patients in the age 60–75 years with perforation and stenosis of pyloroduodenal zone. The incision and closure of stenosing perforated pyloroduodenal ulcer is recommended in elder patients and in patients in severe condition.

**Актуальность темы исследования** обусловлена продолжающимся на протяжении прошедшего столетия процессом старения населения развитых стран мира и широким распространением язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки. Несмотря на достижения медицинской науки, это заболевание продолжает составлять для общества социальную проблему. Особенно это касается больных старых возрастов, летальность у которых при прободении язвы достигает 25–36%.

**Материал и методы исследования.** Настоящая работа основана на опыте хирургического лечения 206 пациентов старше 60 лет с перфоративными гастроуденальными язвами. Соотношение развития прободных гастроуденальных язв у мужчин и женщин в пожилом и старом возрастах составляет 1,1:1, в то время как в более молодых возрастных группах перфоративные язвы встречаются у мужчин в 9 раз чаще, чем у женщин.

Наиболее часто перфорировали дуоденальная язва (в 67,5% случаев) и язва пилорического канала (16%). Реже перфорировали язвы тела желудка (9,8%) и антрального отдела (4,8% случаев). Самыми редкими были прободения язв кардиального отдела желудка и залуковичного отдела двенадцатиперстной кишки (1,9 и 1% случаев, соответственно). Частота перфоративных кардиальных язв возрастает у пациентов старше 60 лет, по сравнению с более молодыми, в 3 раза, язв тела и антрального отдела желудка — более чем в 2 раза.

Общее состояние при поступлении в клинику у 12 (5,8%) больных было удовлетворительным, у 83 (40,3%) — средней тяжести, у 96 (46,6%) — тяжелым и 15 (7,3%) — крайне тяжелым, что часто вызвано их поздней госпитализацией. Так, лишь 14% больных поступили в течение первых 6 часов с момента перфорации и почти 60% — от 6 до 12 часов. Позже суток госпитализированы 27,8% пациентов. Как правило, последнюю группу составляли больные с прикрытой или атипичной формой перфорации, сочетающейся с кровотечением.

Местный перитонит наблюдался у 35 (17%) больных, разлитой — у 171 (83%). Реактивная фаза заболевания была у 99 (48,1%) пациентов, токсическая — у 58 (28,1%) и терминальная фаза — у 14 (6,8%). Обращает на себя внимание резкое увеличение частоты тяжелых форм внутрибрюшной инфекции (почти 35%), что обусловлено трудностями диагностики перфоративных язв у пожилых больных и поздней их обращаемостью за медицинской помощью.

Радикальные операции в виде резекции желудка или стволовой поддиафрагмальной ваготомии в сочетании с иссечением язвы и дренирующей желудок операцией произведены 78 (37,9%) пациентам, паллиативные — 128 (62,1%). Резекция желудка выполнена 6 (3,9%) пациентам, стволовая ваготомия — 72 (35%) больным. В качестве дренирующей желудок операции в 15 (20,8%) случаях выполнена пилоропластика по Гейнеке-Микуличу, 19 (26,4%) — по Джадду, 36 (50%) — по Финнею и в 2 (2,8%) случаях наложен гастроуденоанастомоз по Джабулею. Паллиативные операции выполнены 128 (62,1%) больным, в том числе ушивание перфорационного отверстия — 98, иссечение язвы с последующим ушиванием дефекта органа — 19 и тампонирование сальником использовано у 11 пациентов.

**Результаты исследования.** Умерли в ранние сроки после операций 67 (33,5%) больных. После ушивания перфорационного отверстия из 98 пациентов умерли 38 (38,8%), после иссечения и ушивания язвы из 19 — умерли 7, после тампонирования язвы сальником из 11 — умерли 7, после резекции желудка из 6 человек умерли 4, после стволовой ваготомии с пилоропластикой из 72 — умерли 11 (15,3%) больных. Наиболее часто больные старше 60 лет погибали в течение первой недели после операции. Особенно это касается исходов паллиативных вмешательств. Более поздние неблагоприятные результаты радикальных операций связаны с развитием несостоятельности швов культи двенадцатиперстной кишки после резекции желудка, а также с декомпенсацией имевшихся сопутствующих заболеваний.

С увеличением возраста больных летальность возрастает после всех операций, и радикальных, и паллиативных. При этом, наивысшей летальностью отличается резекция желудка. Несмотря на то, что средний возраст оперированных этим способом пациентов составил 63,4 года, четверо из шести не перенесли это вмешательство. У больных старше 80 лет летальность после всех операций превышает 60%, в том числе после ваготомии — 33%. Почти половина летальных исходов (46,2%) обусловлена декомпенсацией сопутствующих заболеваний. Как правило, это были осложнения со стороны сердца, легких, почек и печени. Другой причиной летальных исходов больных перфоративными язвами был прогрессирующий перитонит, ставший причиной смерти в 27,5% случаев. Каждый пятый пациент после паллиативных вмешательств скончался от острой постгеморрагической анемии, вызванной развитием острого желудочно-кишечного кровотечения в раннем послеоперационном периоде.

Исследование показало, что у пациентов 60–70 лет с перфоративными пилоруденальными язвами оптимальным хирургическим пособием является стволовая ваготомия с пилоропластикой. Поэтому у пожилых больных показания к радикальным органосохраняющим операциям должны быть расширены. С осторожностью следует применять данный способ лечения при прободных язвах у лиц в возрасте 71–80 лет. В таких случаях язву выгоднее иссечь и ушить. Наихудшие непосредственные результаты резекции желудка не позволяют рекомендовать ее у больных старше 60 лет.

Среди ранних послеоперационных осложнений принципиальной оценки заслуживают острые гастроуденальные кровотечения, развившиеся у 21% пациентов. Сроки возникновения таких кровотечений варьировали от 1 до 14 суток после операции. Решающими в диагностике и лечении этого осложнения оказались данные фиброгастроуденоскопии. Наиболее частым источником кровотечения выступала незамеченная во время операции «зеркальная» язва задней стенки органа (44,4% случаев). Острые язвы желудка и двенадцатиперстной кишки осложнились кровотечением у 9 (7%) больных, у которых выполнили ушивание перфорационного отверстия. Каждый пятый случай геморагии был связан с ушитой перфоративной язвой. Один пациент погиб в результате кровотечения из линии швов гастроэнтероанастомоза после резекции желудка. Замечено, что после ваготомии с пилоропластикой эпизодов желудочно-кишечного кровоте-



чения не было. Среди других осложнений паллиативных операций следует выделить высокую частоту нагноения раны (почти у 5% больных).

Всего в раннем послеоперационном периоде потребовали экстренной релапаротомии 17 (13,2%) больных после паллиативных вмешательств. Летальность среди них составила 67,6%. После радикальных операций релапаротомия потребовалась в 5 (6,4%) случаях, в том числе после ваготомии — в 3 (по поводу эвентрации, подпеченочного абсцесса и несостоятельности швов пилоропластики), после резекции желудка — в 2 (в связи с несостоятельностью швов культи двенадцатиперстной кишки и кровотечением из линии швов гастроэнтероанастомоза).

Осложнения сопутствующих заболеваний отмечены у 47,6% пациентов, перенесших паллиативные операции. Так, 11,7% больных развилась острая пневмония, у 4,3% — острый инфаркт миокарда, приведший к смерти 8 больных из 19. В противовес приведенным результатам паллиативных операций, в структуре осложнений радикальных операций, прежде всего ваготомии с пилоропластикой, определяющими являются осложнения со стороны дыхательной системы, развившиеся у 16,7% больных. Как правило, это были послеоперационные пневмонии (12,5%) и обострение хронического бронхита (2,7%). Частота гнойных осложнений после ваготомии с иссечением язвы и пилоропластикой значительно меньше, чем после паллиативных операций. Нагноение раны развилось всего у 1 (1,4%) из 72 больных против 8 (6,4%) из 128 пациентов, перенесших различные варианты ушивания язвы.

При изучении результатов хирургического лечения прободных язв желудка и двенадцатиперстной кишки необходимо обратить внимание на группу больных, у которых перфорация язвы сочетается с желудочно-кишечным кровотечением. По данным литературы, это одно из наиболее опасных осложнений язвенной болезни, встречающееся в 2,7–10% случаях по отношению ко всем перфоративным язвам. Летальность при данном сочетании — одна из самых высоких среди всех неотложных хирургических заболеваний органов брюшной полости — достигает 28,8% среди оперированных больных. Столь неблагоприятные результаты лечения данной категории пациентов связаны с трудностями диагностики и неоднозначным подходом хирургов к лечебной тактике, выбору способа и объема операции.

В нашем исследовании желудочно-кишечное кровотечение сочеталось с перфорацией у 23 (11,2%) больных. Кровоточивость легкой степени тяжести наблюдалась у 9 (39,1%) пациентов, средней — у 5 (21,7%), тяжелой — у 7 (30,4%) и крайне тяжелой степени — у 2 (8,8%). При этом, обращает на себя внимание резкое возрастание тяжелых форм внутрибрюшной инфекции по сравнению с больными без кровотечения. Этот факт можно объяснить трудностями дооперационной диагностики такого сочетания осложнений язвы у старых больных.

Паллиативные операции выполнены 14 больным старше 60 лет с перфорацией язвы, сочетающейся с кровотечением, радикальные — 9. Поскольку чаще всего перфорировали язвы пилорoduodenальной локализации, то операцией выбора у 8 больных была стволовая ваготомия с иссечением язвы и пилоропластикой. Резекция двух третей желудка выполнена 1 больной с перфораци-

ей и тяжелым кровотечением из язвы передней стенки тела желудка. Ушивание произведено у 9 пациентов, иссечение язвы и ушивание — у 5. При иссечении язвы в 4 случаях источником кровотечения была язва задней стенки пилорoduodenальной зоны, которую прошили.

Общая послеоперационная летальность при сочетании перфорации и желудочно-кишечного кровотечения составила 65,2%, в том числе при легкой кровопотере умерли 4 из 9, при средней тяжести — 4 из 5, тяжелой — 5 из 7 и крайне тяжелой — погибли оба пациента. Летальность после ваготомии составила 37,5%, после паллиативных вмешательств — 80%. Следует отметить, что ни один больной старше 70 лет не перенес операции на фоне среднетяжелой, тяжелой и крайне тяжелой кровопотери. Летальные исходы наступили у них в первые 3 суток после ваготомии или ушивания язвы от прогрессирующих расстройств сопутствующей патологии. При кровопотере легкой степени тяжести после ушивания перфоративной язвы умерли 4 больных из 6, в том числе один — от продолжающегося кровотечения из острых язв желудка и еще один — от повторной перфорации язвы двенадцатиперстной кишки, развившейся на 5 сутки после операции. Стволовую ваготомию с иссечением язвы и пилоропластикой благополучно перенесли все пациенты (самой старшей было 73 года).

Обобщая материалы исследования, касающиеся хирургического лечения перфоративных гастрoduodenальных язв, сочетающихся с желудочно-кишечными кровотечениями, можно сделать заключение, что при тяжелой и крайне тяжелой кровопотере больным старше 70 лет, по нашим данным, не помог ни один из существующих видов оперативного пособия. И ваготомия, и различные способы ушивания прободной язвы привели к летальному исходу в первые 3 суток от декомпенсации функции жизненно важных органов и систем. При кровопотере легкой степени тяжести у больных моложе 75 лет наилучшие непосредственные результаты дает стволовая ваготомия с иссечением язвы и пилоропластикой. При кровотечении из перфорировавшей язвы гемостаз достигается путем иссечения язвенного инфильтрата во время пилоропластики, а при кровотечении из «зеркальной» язвы — ее прошиванием. Резекцию желудка в такой ситуации выполнять не целесообразно. Наиболее выгодной паллиативной операцией при перфорации и кровотечении из язвы желудка, кроме препилорической локализации, является иссечение перфорировавшей язвы в пределах неизмененных тканей.

В современной литературе сочетанию перфорации язвы с язвенным стенозом посвящено крайне мало работ. Как правило, больные этой группы находятся в пожилом и старом возрастах с тяжелой сопутствующей патологией. Ряд хирургов считает оптимальной операцией ушивания прободного отверстия на толстом зонде или ушивание перфорации с наложением желудочно-кишечного соустья. Однако при этих операциях не ревизируется просвет кишечной трубки на предмет наличия второй язвы, которая может сопровождаться кровотечением, и кровотечение продолжается или рецидивирует в раннем послеоперационном периоде. Кроме того, в случае наложения у таких больных гастроэнтероанастомоза велика опасность развития пептической язвы.

Нами проанализированы непосредственные результаты операций у 23 больных старше 60 лет стенозирующими язвами двенадцатиперстной кишки, сочетающимися с перфорацией. Ваготомия выполнена 19 больным, паллиативные вмешательства — 4. В качестве дренирующей желудок операции у 13 пациентов использовали пилоропластику по Финнею, у 4 — по Джадду и у 2 — выполнен гастродуоденоанастомоз по Джабулею. В 5 случаях потребовалось прошивание кровотокающей язвы задней стенки пилородуоденальной зоны. У 2 больных произведено ушивание перфоративной язвы на желудочном зонде, у одного — ушивание дополнено гастроэнтеростомией и еще у одного — выполнено иссечение и ушивание язвы. Местный перитонит был у 6, разлитой — у 17 больных. Реактивная фаза заболевания отмечена у 10, токсическая — у 7. При этом, у 3 пациентов наблюдалось сочетание сразу трех язвенных осложнений: перфорации, стеноза и кровотечения. Умерли 2 больных, 79 и 81 года, после ваготомии с пилоропластикой. У обеих смерть была связана с осложнениями сопутствующих заболеваний. Все 4 больных успешно перенесли операцию ушивания перфоративной язвы.

Таким образом, при сочетании перфорации язвы со стенозом двенадцатиперстной кишки у пациентов пожилого возраста более выгодной является стволовая ваготомия с иссечением язвы и пилоропластикой по Финнею. Основным положительным моментом этой операции является то, что даже в случаях значительной деформации пилородуоденальной зоны при гастродуоденотомии хирург имеет возможность провести её ревизию со стороны слизистой оболочки, выявить другие язвенные осложнения и обеспечить достаточную проходимость зоны пилоропластики.

Паллиативные вмешательства в виде иссечения и ушивания язвы целесообразно выполнять больным более старших возрастов, а также пациентам пожилого возраста, находящимся в тяжелом и крайне тяжелом состоянии.

Главными критериями оценки результатов любого вмешательства являются стойкое клиническое выздоровление, отсутствие возврата заболевания и сохранение качества жизни. Нами проанализированы отдаленные результаты различных видов операций в лечении перфоративных гастродуоденальных язв у 71 больного, в том числе у 39 (51,3%) выписанных больных после ушивания язвы, 30 (49,2%) — после ваготомии с пилоропластикой, и у обоих — после резекции желудка. Почти 60% больных наблюдались нами свыше 3 лет, а 30% — свыше 5 лет. Оценку отдаленных результатов хирургических вмешательств проводили как в отношении излечения язвы, так и в отношении развития негативных последствий операции. Диагностика незаживших или рецидивировавших язв основывалась на оценке клинической картины и данных фиброгастродуоденоскопии.

Установлено, что у больных после ушивания перфоративной язвы отдаленные результаты оценены как отличные и хорошие в 33,3% и 20,5% случаев, соответственно. Неудовлетворительные результаты составили 41,1%, удовлетворительный исход наблюдался в 5,1% случаев. Таким образом, операция ушивания язвы у больных старше 60 лет в целом даёт весьма неплохие отдаленные результаты по сравнению с более молодым контингентом пациентов. Изучение отдаленных результатов стволовой ваготомии с пилоропластикой показало, что отличные и хорошие результаты наблюдались у 93,3% больных. Рецидив язвы установлен менее чем у 7% пациентов. ☞

## НОВОСТИ

Опубликованный агентством Bloomberg рейтинг эффективности расходов на здравоохранение, поставивший Россию на последнее место, ясно показал, что даже «крохи», выделяемые в нашей стране на здоровье, по большей части растворяются в воздухе, так и не дойдя до назначения. Цифры, говорящие о многом... Рейтингу Bloomberg можно верить, можно не верить — но совсем без внимания выводы агентства, давно признанного международным сообществом, оставить нельзя. Впервые в «высшую лигу» медицински развитых стран Россия попала в 2014-м, зацепившись за последнее место. В 2015-м мы сумели обойти съедаемую политическим и экономическим кризисом Бразилию, а в прошедшем году вновь заняли свое привычное последнее место. Аналитики агентства при составлении рейтинга цифры берут не с потолка — данные трех источников — ООН, Всемирной организации здравоохранения и Всемирного банка — позволяют агентству составлять среднюю продолжительность жизни, госзатраты на здравоохранение и ВВП на душу населения, из чего выводится стоимость медицинских услуг на душу населения — но лишь в странах, где ВВП выше 5 тысяч долларов на человека, и продолжительность жизни выше 70 лет. По последнему показателю Россия балансирует на грани понижения классом — впервые перешагнув 70-летний рубеж в 2014-м (70,5 лет), за последние пару лет страна опустилась на отметку 70,37 лет. И это при том, что госрасходы на здравоохранение увеличились со смехотворных 887 долларов до чуть менее смешных 893-х на человека в год. Еще два года назад в «высшую лигу» рейтинга агентства входила 51 страна, где мы были на последнем 51 месте. За это время в «топ» вошли еще четыре страны, оставив Россию на последнем, но уже 55 месте. Но изюминка нашего негатива не в том, что мы даже не пытаемся догнать серьезные развитые страны с их могучими расходами на здравоохранение (Норвегия — 9715 долларов, Швейцария — 9276, США — 9146) — нонсенс в том, как выделяя свои 893 доллара, мы даже их умудряемся не тратить на здоровье людей. Что же касается рейтинга, то большая сумма, выделяемая на душу населения в той или иной стране, это еще на самый главный показатель. К примеру, Штаты при своих почти 10 тысячах на человека, по среднему возрасту жизни (79 лет) находятся ненамного выше нас — на 50-м месте, а крохотная Португалия при расходах под 2 тысячи на человека и среднем возрасте 81 год — на 26-м месте. И этот момент называется просто — эффективность здравоохранения. И это еще не предел эффективности при минимальных затратах — Турция тратит в год на человеческое здоровье почти в два раза меньше России — каких-то 500 долларов, а в рейтинге находится на 25-м месте в окружении сытых и благополучных Чехии, Финляндии, Швеции, Австрии... А у нас, помимо того, что копейки тратятся, и они же куда-то благополучно расходуются, еще и реформу здравоохранения видят не более, чем в формировании системы страховой медицины — словно это панацея от всех болезней.

<https://medrussia.org/2078-u-vsego-civilizovannogo-mira/>



**Др. Коваленко М.,**  
врач терапевт по миофасциальной акупунктуре и мануальной  
терапии, краниальной и висцеральной манипуляции,  
Частная Клиника, Шопрон и Будапешт, Венгрия

## НЕВРОСИНХРОНИЗАЦИЯ

Цель невросинхронизации (НС) — устранить все механические блоки, связанные с тройничным, языкоглоточным, блуждающим и другими черепными нервами, улучшая этим баланс всей нервной системы. Важность полноценной работы тройничного нерва отражает тот факт, что эта система способна моделировать 46% всех импульсов мозга, изменяя перцепцию организма при внутренних и внешних изменениях окружающей среды. При этом, последствия дисбаланса более серьезны, чем простая невралгия. Стоматологическая, неврологическая сферы и опорно-двигательная система тесно связаны друг с другом. Любые изменения в анатомии и механике зубо-челюстной системы оказывают значительное влияние на краниомандибулярную систему и другие функциональные системы в организме, и это нашло отражение в работах В.Г.Сазерленда, Й. Костена и К.М.Гюзей. В основу теорий входит краниальная терапия (по-латыни — это направление остеопатии, открытое в начале 20 века американским остеопатом Садерлендом, который экспериментировал с изменениями подвижности черепа по времени суток и влиянием этих изменений на психику, соматику и даже статику организма. Доктор Вильям Гарнер Сазерленд был учеником основателя остеопатии Стилла..J.

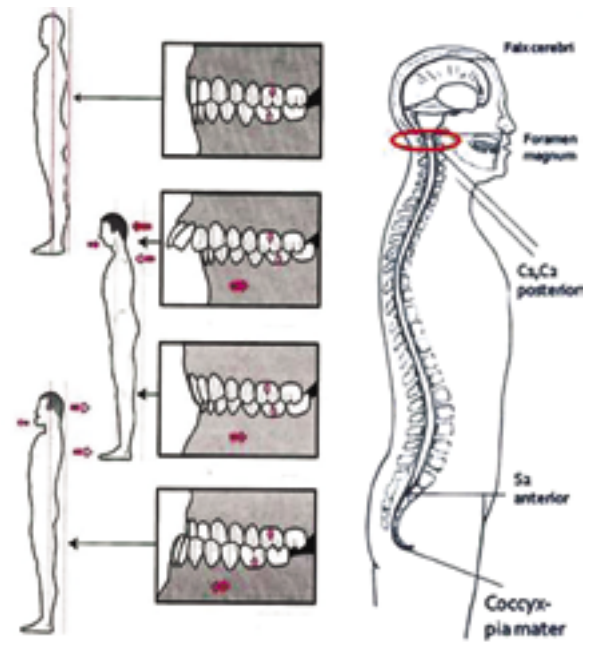
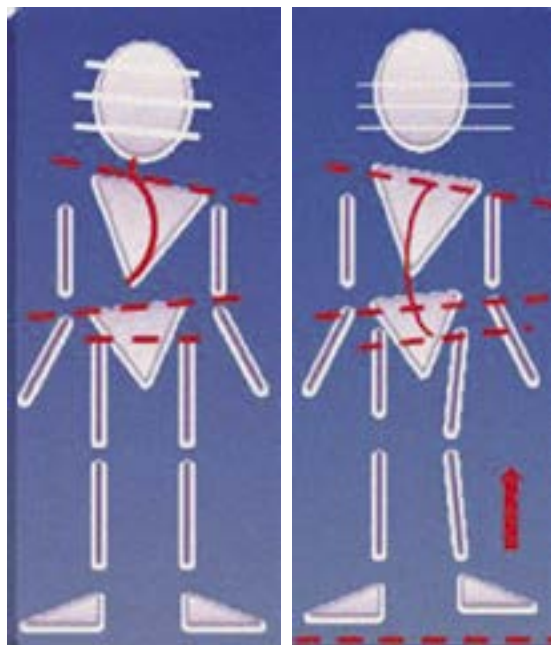
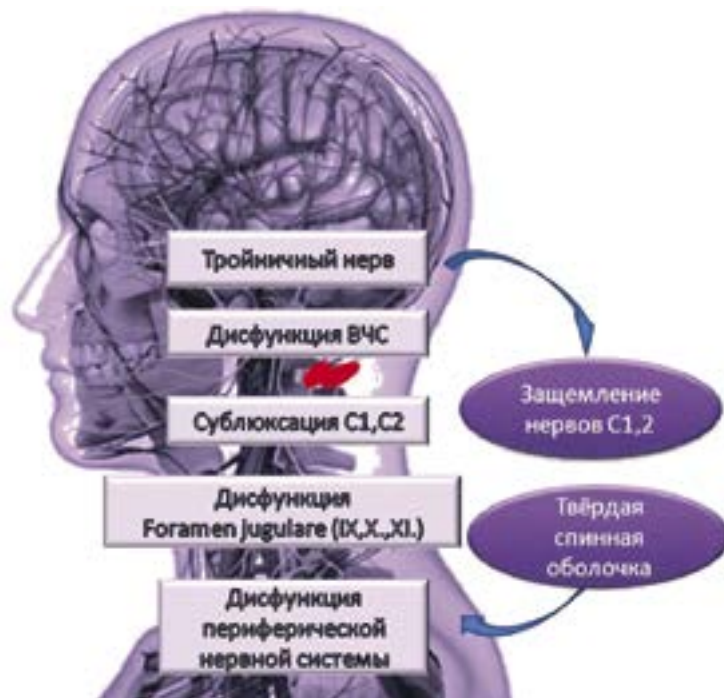
Costen (1936) считал, что симптомы, связанные со снижением слуха, шум в ушах и другие симптомы появляются из-за косвенного давления головки нижней челюсти на слуховую трубу. Снижение прикуса приводит к давлению головки нижней челюсти на свод суставной ямки, отделяющей полость сустава от твердой мозговой оболочки, и поэтому даже может возникать тупая, иррадирующая боль в позвоночнике, а боль в языке и височной области наблюдается в результате давления головки на ушно-височный нерв и барабанную струну.

Студент инженерного факультета Casey Guzaу предложил теорему Квадранта (Guzaу 1980), которая неразрывно связала роль нижней челюсти с шейными позвонками. Потеря центровки нижней челюсти и дисфункция, которую мы наблюдаем у наших пациентов, приводит к нарушению расположения C1/C2 (Fonder 1988), и именно эти позвонки, которые тесно связаны с положением спины и головы, отвечают за неврологическое благополучие и максимальную адаптацию всего организма.

Влияние зубо-челюстной системы настолько велико, что трудно представить себе какую-либо часть тела, которая не затронута при изменениях этой системы. Рассмотрим некоторые из этих взаимоотношений. В настоящее время доказано, что поворот нижней челюсти проходит через dens axis, а центр тяжести головы находится на линии sutura temporoparietalis. Вес черепа от 4 до 6 кг должен правильно распределяться на центральной оси тела. В большую часть времени суток голову поддерживает шея, а вот во время 0.5–1,5-секундного процесса глотания эту роль берёт на себя челюстная система и через мышцы подъязычной кости передаёт нагрузку в нижние отделы тела. А так как человек глотает 1500–2000 раз в сутки, дисфункция этой системы не может быть недооценена. Чем больше недостаток вертикальной поддержки зубов, особенно на уровне 2-го моляра (рис.1), тем большая компенсация требуется для баланса со стороны мышц шеи. При таком дисбалансе требуется компенсация со стороны нервной системы, твёрдой мозговой оболочки и часто всего опорно-двигательного аппарата. При неправильном функционировании тройничного нерва (N.Trigeminus) происходит сбой иннервации всей полости рта, гайморовых пазух, височнонижнечелюстного сустава, лимбической системы, части кровеносных сосудов и твердой оболочки мозга.

Нервный центр ядра тройничного нерва в головном мозге работает в тесном контакте с нервными корешками верхнего шейного отдела (C1, C2, C3), иннервирующими нижнечерепные мышцы (mm.Suboccipitalis) и таким образом отвечает за регуляцию положения шеи, косвенно всей головы и, через положительную обратную связь, функции всей челюсти. Стрессовое напряжение этих мышц (mm.S.) провоцирует постоянную усиленную активизацию всей нервной системы. При неправильном функционировании языкоглоточного нерва (N.Glossopharyngeus) имеет место дисфункция глотки, барабанной перепонки, задней трети слизистой оболочки языка, миндалин (m.stylopharyngeus). Дисфункция тригеминоцервикальной системы через асимметричный спазм подчерепных мышц, смещая позицию атласа, блокирует яремное отверстие, через которое выходят v.Jugularis, n.IX,X и XI. Это способствует дисфункции (n.X.Vagus) блуждающего нерва, который через цепь парасимпатической реакции производит дисбаланс рабо-

## Foramen jugularis яремное отверстие



ты и кровообращения внутренних органов. Такое же действие имеет и спазм *mm.suboccipitalis*, изменяющий позицию первых двух позвонков и к ним прикрепленной внешней твердой оболочки спинного мозга. В результате этого работа нервных корешков нижних отделов ухудшается, непосредственно действуя на все клетки организма. А с точки зрения висцеральной манипуляции, натяжения в области твердой оболочки мозга отразятся на компенсаторном тоне цепи лигаментов внутренних органов. Таким образом могут развиваться симптомы расстройства работы внутренних органов, вегетативной системы и опорно-двигательного аппарата, не поддающиеся ни воздействиям лекарств, ни массажу, ни мануальной терапии, ни даже иглоукаливанию. И пациент продолжает стра-

дать. Заблокированный в яремном отверстии добавочный нерв (N.XI. *accessorius*) повышает мышечный тонус трапециевидных мышц (*M. trapezius*) и грудино-ключично-сосцевидных мышц (*M. sternocleidomastoideus*). При этом напрягается вся шея, изменяется компенсация мышечной системы подъязычной кости (*mm. supra/infrahyoidalis*) и происходят изменения мышечного тонуса всего тела. А взаимосвязанные асимметрии в тоне этих мышц вызывают крен головы и шеи вперед и вбок, с изменением наклона оси всего тела, что негативно влияет на всю осанку.

Рассмотрим специальные дисфункции, расстройства и дисбалансы в организме.

**Механические дисфункции мышечной и соединительной ткани** влияют на весь опор-



но-двигательный аппарат. Щелчок или хруст в височнонижнечелюстном суставе, искривление позвоночника, грыжи межпозвоночных дисков, дисфункции суставов — все эти дисфункции, начинающиеся сверху, например, хронический тонзиллит, деформация прикуса, травма черепа, приводят к выраженной компенсации со стороны всего организма, которая и дает определенные симптомы. А перелом ноги, искривление таза, врожденные искривления позвоночника закономерно вызовут деликатный баланс в системе верхней челюсти, который легко повредить даже самой простой стоматологической процедурой.

**Расстройства неврологического регулирования** вегетативной системы тоже могут стать последствиями травмы верхне-челюстного сустава. Например, это может усугубить или даже развить гастроэзофагиальный рефлюкс, застой желчи, расстройства работы печени, кишечные инфекции, гастрит, диспепсию, запор, диарею, вздутие живота. Ряд урологических и гинекологических заболеваний (prostatodynia, dysmenorrhea) тоже может иметь взаимосвязь с такого рода патологиями.

**Неврологические дисбалансы** головы, ишемия, головокружение, усталость, головная боль, мигрень, нарушение сна, расстройства памяти, ощущения покалывания, онемения, жжения, невралгии, невриты, нарушения зрения, нарушения слуха, звон в ушах, асептический отит, дисфагия, чувство «комка в горле», регулярные удушья, проблемы с дыханием, апноэ во время сна, снижение оксигенизации мозга — все эти симптомы могут быть связаны с нарушениями в этой комплексной краниомандибулярной системе.

**Психологические эффекты:** благодаря нервной связи влияние блока тройничного нерва на лимбическую систему приводит к чувству постоянного напряжения, нервозности, депрессии, гиперактивности.

**Гормональные эффекты:** неправильная механика работы челюсти и подязычных мышц (mm.suprahyoidalis, myohyoidalis etc.) не даст возможности верхней части языка оказать нужное давление на сошник. В процессе глотания равномерное распределение давления поддерживает венозный отток гипофиза, улучшая гормональную коммуникацию с периферией.

**Иммунная система** посредством механической дисфункции височнонижне-челюстного сустава провоцирует неврогенный воспалительный процесс посредством в том числе и вещества Р (Substance P), что является серьезной перегрузкой для иммунной системы. На основе последних исследований этот процесс может лежать в основе даже аутоиммунных заболеваний (рассеянный склероз, болезнь Паркинсона, болезнь Альцгеймера и т.д.).

**Воспалительные процессы уха, горла и носа:** воспаление горла, евстахиевой труб-

ки, боль в горле без инфекции, сухой кашель и хрип, затор шейных лимфатических путей, синусит (Sinusitis), апноэ, склонность к астме. Так как количество кислорода, поступающего на клеточном уровне падает в хронически страдающем теле, кровообращение головного мозга из-за недостаточной оксигенации организма приведет к хронической усталости, расстройству памяти и нарушению концентрации.

**Вещество Р (Substance P).** Концентрация вещества Р повышается при дисфункции верхне-челюстной системы. По *Dr. Jennings* это приведет к депрессии, так как усиливается проприоцепция (n.V) и концентрация вещества Р, и восприятие боли, а уровень серотонина падает. Когнитивные функции при этом снижаются, как и перфузия мозга в сосудистой системе, связанной с тройничным нервом (n. Trigeminus), происходит активация глиальных клеток.

**Окклюзивный дисбаланс** бывает из-за неправильного прикуса, неровных зубов, вызывает заболевания десен, скрежетание зубами, повышенную чувствительность зубов. Наша интраоральная система является наиболее чувствительной к действиям вертикальных сил, к высоте зубов и состоянию прикуса, реагирует на изменения до 5 микронов. Она реагирует на минимальные повреждения зубов и прикуса, удаление зубов, слишком высокие пломбы, слишком ровную поверхность зубов и т.д. Влияя на височнонижнечелюстной сустав, приводит к перенапряжению жевательных мышц, бруксизму, ночным скрежетаниям зубами, нарушению сна, к напряжению и боли мышц шеи, человек становится более чувствителен к стрессу.

**Теория развития таких блоков:** насколько комплексные процессы смогут развиваться в данном организме с помощью дисбаланса, зависит от генетики, врожденной и приобретенной адаптации, уровня травм, полученных в течение жизни, и факторов окружающей среды. Начиная со времени внутриутробной эволюции, число микротравм все увеличивается со временем, и даже при наличии максимальной регенерации не исчезает бесследно. Деформации тела во время родов во многих случаях необратимы и требуют компенсаторных процессов. На первых этапах это протекает бессимптомно, но требует постоянной коррекции и вклада энергетических ресурсов, истощая резервы организма. В случае даже незначительной травмы происходит декомпенсация, и патологические процессы годами накопившиеся в глубине, всплывают на поверхность. Таким образом, минимальные повреждения не только зубов (удаление, слишком высокие пломбы и т.д.), но и височно-нижнечелюстного сустава, приведет к перенапряжению жевательных мышц, бруксизму, ночному скрежетанию зубами, нарушению сна, к напряжению и боли мышц шеи, человек становится более чувствителен к стрессу.





**САНКТ-ПЕТЕРБУРГСКАЯ  
ГОМЕОПАТИЧЕСКАЯ АССОЦИАЦИЯ  
РОССИЙСКОЕ  
ГОМЕОПАТИЧЕСКОЕ ОБЩЕСТВО  
ЦЕНТР ГОМЕОПАТИИ  
САНКТ-ПЕТЕРБУРГА**

**ГЛУБОКОУВАЖАЕМЫЕ КОЛЛЕГИ!**

**Приглашаем Вас принять участие в XXVII научно-практической  
конференции с международным участием**

## **«АКТУАЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ ГОМЕОПАТИИ»**

**которая состоится в Санкт-Петербурге 16–17 июня 2017 г.  
по адресу Невский проспект, 86 (Дом актера),  
станция метро «Маяковская», «Площадь Восстания».  
Начало конференции в 10.00. Начало регистрации в 9.00.**

**Вход свободный**

**Программа конференции включает следующие разделы:**

- Классическая гомеопатия
- Гомеопатический метод в клинической практике
- Гомеопатия и электропунктура
- Гомеопатия в системе реабилитационных и оздоровительных мероприятий
- Актуальные проблемы гомеопатической фармации
- Гомеопатия в ветеринарной медицине
- Гомотоксикология
- Актуальные вопросы антропософской медицины
- Геммотерапия (фитоэмбриотерапия)

**По вопросам участия обращаться:  
192171, С.-Петербург, ул. Полярников, 15  
Тел.: (812) 560-00-77. Факс: (812) 560-00-12  
E-mail: [ch@lek.ru](mailto:ch@lek.ru)  
<http://www.homeopathy.spb.ru>**



Сазонова И. М.,

Медицинский центр «ТраДиТ», г. Москва, Россия

## ВОЗМОЖНОСТИ РЕЗОНАНСНОГО ТЕСТА В ДИАГНОСТИКЕ ХРОНИЧЕСКОЙ БЕНЗОЛЬНОЙ ИНТОКСИКАЦИИ, ПРОЯВИВШЕЙСЯ ЖЕЛЕЗОДЕФИЦИТНОЙ АНЕМИЕЙ ТЯЖЕЛОЙ ФОРМЫ

Пациент Д. А., 53 лет обратился с жалобами на резкое похудание в течение короткого времени (потерял 20 кг за 2 месяца), бледность с желтушным оттенком, отсутствие аппетита, изжогу, чувство распирания в животе, периодически возникающий жидкий стул, сонливость, утомляемость, нарушение сна, патологические изменения в анализах крови.

Обследовался и лечился в стационаре. В связи с имеющимися жалобами подозревали онкологическое заболевание, что не подтвердилось. Из больницы выписан с диагнозом: Атрофический гастрит, атрофический колит, полип сигмовидной кишки. Железодефицитная анемия тяжелого течения. Затем снова лечился в стационаре, где был поставлен диагноз:  $B_{12}$ -дефицитная анемия тяжелого течения. Хронический гипосекреторный гастрит. Проводилось переливание эритроцитарной массы, дезинтоксикационная терапия, давались препараты железа и витамин  $B_{12}$  внутримышечно, ферментативные препараты. Улучшения не наступало.

Выписан с рекомендацией обратиться к гематологу, сделать пункцию костного мозга, что и было проведено. Стернальная пункция — признаки мегалобластического кроветворения. Консультирован гематологом:  $B_{12}$ -дефицитная анемия. Рекомендовано продолжать периодически переливание эритроцитарной и тромбоцитарной массы, препараты железа и внутримышечное введение витамина  $B_{12}$ . Проводимая терапия эффекта не дала. Решили обратиться к гомеопату.

При обращении отмечались вышеуказанные жалобы. Анализ крови: гемоглобин 61 г/л при норме 130–160 г/л; эритроциты  $2,5 \times 10^{12}$  (норма 4–5); цветной показатель 0,7 (норма 0,85–1,5); тромбоциты  $62,5 \times 10^9$  (норма 180–320); лейкоциты  $3,9 \times 10^9$  (норма 4–9); палочкоядерные 9 (норма 1–6); СОЭ 51 мм/ч (норма 2–10); пойкилоцитоз ++; анизоцитоз ++; макроцитоз, макроцитоз. Сывороточное

железо 4,2 (норма 9–31,3). Билирубин 45,3 (норма 3,5–19). АЛТ, АСТ, щелочная фосфатаза, сахар крови — норма. Моча: белок следы, лейкоциты 8–10, эритроциты 1–2 неизменные в п/зр. УЗИ: увеличение печени, селезенки и поджелудочной железы.

При тестировании методом резонансного теста с применением диагностических резонансных шкал, разработанных Махонькиной Л. Б. и Сазоновой И. М., выявлены: бензольная интоксикация III степени, общая адаптационная реакция — хронический стресс высокого этажа, истощение иммунной и эндокринной систем. Резонансное тестирование по морфологическим шкалам выявило наличие эрозий, белковой и жировой паренхиматозной дистрофии. При опросе выяснилось, что пациент работает в автосервисе много лет, а последние два года, со слов жены, «не вылезает из гаража», где занимается покраской автомобилей.

Симптоматика и лабораторные данные указывали на хроническую бензольную интоксикацию (лаки и краски содержат вещества с бензольным кольцом). Согласно руководству для врачей «Профессиональные болезни», изданном в 1973 году (стр. 283), бензол относится к ядам общетоксического политропного действия, однако общеизвестным является преимущественное действие его на кроветворную систему. Изменения крови являются основными ведущими в клинической картине хронической интоксикации бензолом. Иногда начальные изменения крови могут характеризоваться тромбоцитопенией, которая длительное время остается единственным и изолированным патологическим изменением. Из морфологических особенностей эритроцитов — изменение их формы и величины. Снижение сывороточного железа. Астенический синдром на фоне выраженной анемии (утомляемость, нарушение сна, слабость, похудание). Изменение желудочно-кишечного тракта при хронической интокси-

кации бензолом характеризуется наличием диспепсических жалоб и нарушениями желудочной секреции преимущественно в сторону снижения количества желудочного сока, кислотности и его переваривающей способности. Нарушается функция поджелудочной железы и печени.

Все вышеперечисленные изменения имели место у пациента: УЗИ — увеличение печени, поджелудочной железы, селезенки, гастроскопия: атрофический гастрит. Анализы крови типичны для выраженной формы интоксикации. Стернальная пункция — признаки мегалобластического кроветворения. Как сообщает нам руководство по профессиональным болезням, что даже в тяжелых случаях отравления бензолом процесс обратим, и может наступить полное выздоровление, что, собственно, я и наблюдала.

Проведенное имитационное моделирование подбора оптимальной терапии показало, что на данном этапе пациенту необходима колортерапия (фиолетовый и оранжевый цвет) и капли Береш-плюс.

Была взята проба воздуха в гараже, которая показала, что содержимое воздуха является причиной бензольной интоксикации. В связи с чем был приготовлен инверсный препарат из содержимого этого воздуха, который пациент принимал до и после работы. Рекомендовано прекратить работу в гараже.

Через два месяца состояние значительно улучшилось. Анализ крови, практически нормализовался: гемоглобин 118 г/л, эритроциты  $3,8 \times 10^{12}$ , цветной показатель 0,88, тромбоциты  $190 \times 10^9$ , лейкоциты  $7,4 \times 10^9$ , палочкоядерные 6, сегментоядерные 52, СОЭ 5 мм/ч. Пойкилоцитоза и анизоцитоза нет. Сывороточное железо 31. Билирубин 16,8. Анализ мочи без патологии.

Второй курс был проведен красным цветом. Пациент вернул свою массу тела. Анализы без патологии. Увидев такой эффект от лечения, пациент поверил в то, что надо менять работу и сейчас работает в страховой компании. Контакта с токсическим веществом больше нет.

Катамнез 5,5 лет.



## НОВОСТИ

Обоняние — одно из пяти основных человеческих чувств. Доктор Кара Хувер (Kara Hoover) из Даремского университета (Durham University), сравнила, как воспринимали запахи предки человека — неандертальцы и денисовцы, и сопоставила их обоняние с обонянием ныне живущих людей. Оказалось, что мы воспринимаем запахи примерно так же, как это делали неандертальцы, а вот денисовцы имели более плохое обоняние. Однако современные люди в настоящее время постепенно приближаются к денисовцам — потому что простые и сильные запахи загрязненной окружающей среды «перебивают» запахи природы, и ухудшается способность воспринимать нюансы различных ароматов. Кара Хувер рассказала, что это негативно влияет на здоровье людей. По словам специалиста, ухудшение обоняния может привести к целому ряду последствий. Прежде всего, недостаточное восприятие запахов влияет на вкус. Люди, у которых обоняние работает не лучшим образом, более склонны к ожирению, так как они выбирают пищу с более сильным запахом — а такая пища часто содержит гораздо больше жира и сахара. Ранее проводившиеся исследования показали, что люди, хорошо чувствующие запахи, в среднем имеют более низкий индекс массы тела. Еще одна опасность, которая может сопутствовать плохому обонянию — это тревожные расстройства, а также депрессия. Человек может сильно беспокоиться по поводу того, что он, например, не чувствует запаха собственного тела и потому не может определить, идет ли от него плохой запах или нет. Еще одна возможная причина для беспокойства — газовая плита. Такая тревожность может увеличивать риск развития более серьезных психических расстройств. В США провели исследование, статья по итогам которого была напечатана в журнале Scientific Reports. В 2005–2006 годах среди 3005 людей в возрасте от 57 до 85 лет был проведен опрос, в ходе которого специалисты из исследовательского института Монелл (Monell Center) интересовались в том числе социальной жизнью респондентов и тестировали их на восприимчивость к запахам. Невролог Йохан Лунгстрём (Johan Lundström), один из авторов статьи, рассказал, что среди населения США более чем 20% людей старшего возраста (от 50 лет) имеют сниженное по сравнению с нормальным обоняние. Врач пояснил, что в ходе исследования он и его коллеги выясняли, каким образом восприятие запахов может влиять на социальную жизнь. Оказалось, что между восприятием запахов и количеством социальных контактов существует прямая связь, причем характерна она была исключительно для женщин. Чем лучше женщины чувствовали запахи, тем чаще они «выходили в свет» — встречались с друзьями, общались с семьей. У мужчин такой зависимости не прослеживалось — их социальные контакты от обоняния не зависели. Ученые во главе с Йоханом Лундстрёмом заявили по итогам опроса, что для женщин в возрасте от 50 лет могут быть крайне полезны тренинги по распознаванию запахов, так как это поможет им чаще общаться с другими людьми, а значит, улучшит качество их жизни. Еще одна статья была опубликована в журнале Journal of the American Geriatrics Society. Ее автор, доктор Йонас Олофссон (Jonas Olofsson), рассказал, что он и его коллеги в течение 10 лет наблюдали за 1774 людьми в возрасте от 40 до 90 лет и обнаружили, что потеря обоняния повышала риск ранней смерти. Вероятность того, что люди со сниженным обонянием умрут раньше времени, была на 19% больше, чем у людей, воспринимавших запахи в пределах нормы. Каждый правильно распознанный участниками исследования запах снижал эту вероятность на 8%.

Источник: <http://medportal.ru/>



**Скочкова В. М.,**  
невролог, специалист по физической и реабилитационной  
медицине, врач высшей категории, СПб ГАУЗ «ГП № 81»  
(«Максимилиановская поликлиника»), Санкт-Петербург, Россия

# ВОЗМОЖНОСТИ СКАНДИНАВСКОЙ ХОДЬБЫ В РЕАБИЛИТАЦИИ НЕВРОЛОГИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ

*«...И лишь пустившись в путь, возможно, я пойму,  
куда же, наконец, идти мне надо...»  
Теодор Рётке (1908–1963)*

В 2017 году отмечается 20 лет официального признания Скандинавской ходьбы (СХ) как самостоятельного вида физической активности. Эта, на первый взгляд, простая ходьба с палками объединила во всем мире людей разных возрастных категорий, больных и здоровых, спортсменов и любителей, пациентов и медиков. Объясняется это тем, что Скандинавская ходьба даёт массу возможностей для реализации потребностей человека:

- поддержание и укрепление здоровья;
- расширение круга общения (клубы СХ);
- семейный отдых;
- соревнования;
- расширение кругозора (экскурсионные программы в стиле СХ);
- использование СХ как средство ЛФК в реабилитации пациентов с различной патологией.

В этой статье рассмотрим возможности Скандинавской ходьбы в реабилитации неврологических пациентов.

Итак, какое же положительное влияние оказывает СХ на нервную систему человека и организм в целом?

## КООРДИНАЦИЯ

Ходьба — это процесс перемещения человеческого тела в пространстве. И «руководителем» этого перемещения является головной мозг. Передвижение совершается координированными движениями конечностей при одновременном поддержании равновесия тела. Ходьба складывается из совершения многочисленных шагов. Шаг — это переменные, согласованные, сокращения мышц — сгибателей и разгибателей рук и ног. При этом за счет работы различных мышечных групп тело находится в состоянии статического и динамического

равновесия. Все эти сложнейшие нюансы перемещения человека руководятся и направляются активной мозговой деятельностью.

Ходьбу осуществляет аппарат, состоящий из афферентной системы (координирующей) и эфферентной (реализующей движения) частей.

Афферентная часть системы собирает и доставляет в мозг информацию с периферии двигательного аппарата. Она начинается с рецепторов мышц, сухожилий, связок. Далее — импульсы по нервным путям поднимаются в головной мозг.

Эфферентная система занимается непосредственной реализацией движений. Эфферентные структуры (двигательные) проводят импульсы от головного мозга к мышцам. Они обеспечивают непосредственное выполнение движения. Начинаются двигательные (эфферентные) пути от различных зон лобной коры, но, в основном, от пирамидных клеток Беца, расположенных в передней центральной извилине мозга. Эти клетки, по сравнению с другими, имеют значительно больший размер. По форме — похожи на пирамиды. Поэтому, они называются пирамидными. Еще их называют центральными двигательными нейронами.

Экстрапирамидная (подкорковая) система отвечает за регуляцию мышечного тонуса, содружественность движений, их рефлекторность, за синхронную работу рук и ног при ходьбе, за рефлексы позы, сидения и стояния.

Мозжечок поддерживает центр тяжести, вносит свою коррекцию в двигательный процесс с учетом массы тела, поддерживает баланс мышц синергистов — антагонистов. Например, при возникшем желании остановиться — мозжечок активизирует мышцы антагонисты.

Между пирамидной, экстрапирамидной и мозжечковой системами существуют многочисленные связи, благодаря которым происходит их постоянное взаимодействие. Эти системы являются гармоничными звеньями единой двигательной суперсистемы.

Координирующая роль мозга проявляется тем, что он вырабатывает адекватность движений в соответствии с их целью и меняющейся объективной реальностью. Таким образом, процессом координации ходьбы занимаются определенные зоны лобной доли мозга, экстрапирамидной зоны, мозжечок.

Основную роль в планировании различных движений, завершенность двигательного действия, его автоматизм играют определенные зоны коры лобных долей. Различные мозговые отделы, дремлющие при гиподинамии, начинают взаимодействовать между собой, активно функционировать.

При скандинавской ходьбе, по сравнению с обычной, более активно работает плечевой пояс, поэтому при ходьбе с палками функционирует и большее количество мозговых клеток. Кроме того, во время Скандинавской ходьбы усиливается совсем незаметный при обычной ходьбе «противоход»: левая рука вперед — правая нога вперед, левая нога — правая рука, т.е. «перекрестный шаг».

И мозг, и сердце при занятии СХ начинают более усиленно работать. Благодаря улучшению кровообращения, повышается обеспечение мозга питательными веществами, кислородом. Такие процессы способствуют укреплению памяти, улучшению когнитивных функций.

**Когнитивные функции** включают в себя: память, внимание, интеллект, речь (включая чтение и письмо), праксис (сложные целенаправленные движения), гнозис (узнавание, распознавание), «управляющие» функции (планирование и контроль).

Один из главных принципов Скандинавской ходьбы — иди и говори, не задыхаясь (Pitaa rystya puhumaan puuskuttamatta).

А в 1997 г. американские ученые Lundin и Olson описали доказанный маркер падений и развития деменции в будущем — неспособность во время ходьбы поддерживать разговор.

Для поддержания и развития когнитивных способностей на помощь приходит андрагогика (педагогика для взрослых людей) и... Скандинавская ходьба.

Это может быть беседа с «коллегой по ходьбе», декламирование стихов, напевание любимых песен, повторение дней рождений родственников и знакомых, наблюдение за окружающими объектами во время занятий и прогулок.

Андрагогика реализует древнейшую формулу обучения: *non scholae, sed vitae discimus* — учимся не для школы, а для жизни и способствует раскрытию личности, помогает найти свое место в жизни, реализовать свои скрытые способности.

Изучение процессов старения головного мозга, проведенные в США и Великобритании, показало, что приостановить эти процессы способны ежедневные пешие прогулки... Многие люди в возрасте старше 55 лет думают о том, как сохранить хорошую память. Их опасения можно понять. По данным медицинской статистики США, болезнь Альцгеймера на сегодняшний день встречается у 4 млн. американцев. Количество больных неуклонно растет. И к 2050 году, по прогнозам ученых, данный показатель увеличится в четыре раза. По данным наших зарубежных



коллег пешие прогулки в средние годы жизни (более 2 миль в день) ассоциированы с уменьшением риска деменции в пожилом возрасте (в 1,8 раза, по сравнению с 0, 25 милями в день) (Новая Зеландия), а физические упражнения в средние годы жизни (не менее 2 раз в неделю) уменьшают риск деменции у генетически предрасположенных лиц (Швеция).

## АНТИДЕПРЕССИВНОЕ ДЕЙСТВИЕ

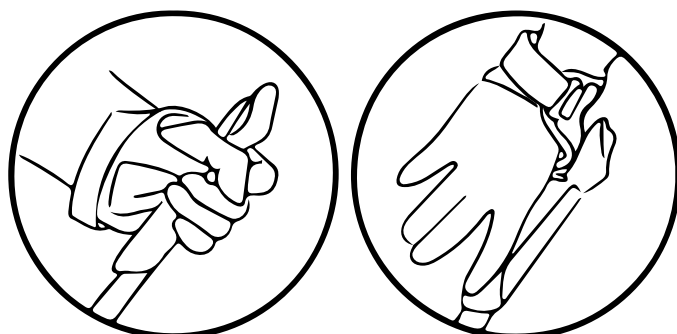
Учеными доказано, что через полчаса от начала ходьбы с палками, при правильном дыхании, наш организм начинает вырабатывать серотонин и эндорфин, так называемые «гормоны счастья». Эти вещества действуют расслабляюще и активизируют работу воображения, повышая тем самым творческие способности человека. Ходьба с палками является хорошей аэробной нагрузкой: во время движения организм активно обогащается кислородом, происходит вентиляция легких. Поэтому особенно рекомендуется выбрать эту технику людям, страдающим вегето-сосудистой дистонией, паническими атаками, как средство для профилактики и снятия стресса.

«Когда на душе плохо, надо много ходить». Это цитата из книги журналиста Мирослава Дочинца «Многие лета. Благие лета. Заповеди 104-летнего мудреца Андрея Ворона для долгой и радостной жизни». Жил в Карпатах обыкновенный человек Андрей Воронов. Трудолюбивый и неунывающий, он не знал ни о каких тренингах, книгах о саморазвитии, не посещал конференции... Этот простой человек прожил-то всего 104 года и умер, к слову говоря, не от старости, а несчастного случая в разгар работы. Мудрый старик жил по своим, удивительно простым правилам. На протяжении жизни он делал важные заметки, записывал свои мысли.

Обычно тренировки проходят на улице (желательно в парке) и сопровождаются новыми ассоциативными рядами (пейзажи, образы, запахи). А это тренирует все наши анализаторы: зрительные, слуховые, обонятельные и осязательные.

Занятия Скандинавской ходьбой предусматривают строгое соблюдение правильной техники. Важным моментом при ходьбе с палками является сильный захват рукоятки при выносе руки вперед и полное расслабление кисти при отведении верхней конечности назад.

Иллюстрацией антистрессового воздействия СХ является упражнение для снятия психологического напряжения, так называемый тест Лири: стоять в течение 1 минуты





в расслабленном состоянии с напряженными до предела кистями рук, затем расслабить кисти рук.

Кроме этого, ходьба улучшает настроение, повышает волевые качества, способствует уменьшению депрессивных проявлений, нормализуют сон.

## СОН

**Х**одьба в течение 1 часа в день 5 раз в неделю увеличивает объём гиппокампа у лиц, которые вели ранее сидячий образ жизни. А это наша лимбическая система, наши эмоции и вегетативная нервная система. Рядом находятся супрахиазмальные ядра и гипофиз, которые отвечают за выработку мелатонина — гормона сна. Адекватная дозированная физическая нагрузка за счет улучшения кровоснабжения мозга и мускулатуры также улучшают качество сна. Ведь недаром говорят, что для того, чтобы хорошо выспаться, нужно отлично поработать.

## ПОЗВОНОЧНИК И СУСТАВЫ

**Х**одьба — лучшее средство нормализации венозного кровотока в нижних конечностях. Именно скандинавская ходьба является еще и прекрасной суставной гимнастикой, т.к. основные упражнения используются до и после тренировок при проведении разминки и заминки.

Практически все суставы, в том числе позвоночник, плечевые, участвуют в процессе. Использование палок снижает возможное нежелательное влияние на позвоночник и суставы повышенной массы тела.

Таким образом, Скандинавская ходьба может и должна использоваться при следующих неврологических заболеваниях:

- Последствия перенесенных острых нарушений мозгового кровообращения и черепно-мозговых травм;
- ДЦП;
- Болезнь Паркинсона;
- Головокружения различного генеза;



- Вегето-сосудистая дистония;
- Дисциркуляторная энцефалопатия;
- Астенические и депрессивные состояния;
- Профилактика болезни Альцгеймера;
- Остеохондроз и остеоартроз;
- Боли в спине;
- Сахарный диабет.

К сожалению, за эти 20 лет исследования по использованию CX в медицине проводились, в основном, за рубежом. Большой вклад внесли наши немецкие коллеги, которые опубликовали ряд исследований об эффективном использовании CX при болезни Паркинсона, при восстановительном лечении больных, перенесших операции по замене суставов и удалении межпозвоноковых грыж, в реабилитации постинсультных пациентов, при лечении неврологических осложнений сахарного диабета, при хронических болях в спине. Скандинавская ходьба входит в программы реабилитации крупнейших медицинских и wellness-центров Европы и Америки. С 2011 г. во Франции врачи официально выписывают рецепт на дозированные физические нагрузки.

### Prescription:

*Le patient: Jean-Etienne de 45 ans*

*Le médecin: Brigitte Gonay*

*RP: La Marche Nordique*

*D. S. De 40 minutes X 3 fois par semaine pendant 3 mois*

С 30 сентября по 2 октября 2016 года в итальянском городе Верона проходила ежегодная международная конференция, организованная Международной федерацией Nordic Walking INWA.

Решением Научного комитета INWA, который возглавляет национальный тренер INWA, кандидат медицинских наук, доцент кафедры спортивной медицины и технологий здоровья НГУ им. Лесгафта — Волков Андрей Викторович, согласована организация конкурса INWA на лучшую научную работу по теме Nordic Walking за 2016–2017 год.

Скандинавская ходьба не имеет ограничений по месту и способам проведения занятий. Это могут быть стадионы и парки, занятия можно проводить в зале, в бассейне и на море, есть вид CX Nordic Blading, т.е. катание на роликовых коньках с палками для скандинавской ходьбы.

Скандинавская ходьба не имеет возрастных ограничений. Она широко используется у детей, у беременных и молодых мам, у людей среднего возраста и, обязательно, у пожилых.

Скандинавская ходьба — это весело и полезно! И если вы хотите сохранить здоровье и хорошее настроение на долгие годы, обязательно попробуйте этот замечательный вид физической активности.

### ЛИТЕРАТУРА

1. Дидур М.Д. и соавт. Оздоровительные технологии на курортах — СПб, Издательство «Дума», 2014. 176 с.
2. Кибардин Г.М. Скандинавская ходьба лечит. Изд. «Эксмо», 2016. 71 с.
3. Линдберг А.Н. Скандинавская ходьба и джоггинг вместо лекарств. СПб: Издательство «Вектор», 2014. 160 с.
4. Мильнер Е.Г. Ходьба вместо лекарств. М: Астрель: АСТ: Полиграфиздат, 2012. 247 с.



**Балалыкина Т. В.,**  
гастроэнтеролог, эндоскопист,  
ДКДЦ Приморского района,  
Санкт-Петербург, Россия



**Балалыкина В. С.,**  
студентка 4 курса СПбГПМУ,  
Санкт-Петербург, Россия

## БОЛЕЗНИ, АССОЦИИРОВАННЫЕ С ВИРУСОМ ЭПШТЕЙНА-БАРР

Вирус Эпштейна — Барр (ВЭБ) или вирус герпеса человека 4-го типа был впервые выделен из клеток лимфомы Беркитта 35 лет назад. Вскоре стало известно, что вирус может вызывать у человека острый мононуклеоз и назофарингеальную карциному. В настоящее время установлено, что ВЭБ ассоциирован с целым рядом онкологических, преимущественно лимфопролиферативных и аутоиммунных заболеваний (классические ревматические болезни, васкулиты, неспецифический язвенный колит и др.). Кроме того, ВЭБ может вызывать хронические манифестные и стертые формы заболевания, протекающие по типу хронического мононуклеоза.

Данный вирус входит в число наиболее распространенных и плохо контролируемых инфекций человека. Герпес-вирусы могут циркулировать в организме с нормальной иммунной системой бессимптомно, но у людей с иммуносупрессией вызывают тяжелые заболевания со смертельным исходом. По данным ВОЗ, смертность от герпетической инфекции среди вирусных заболеваний находится на втором месте (15,8%) после гепатита (35,8%).

### ИЗ ИСТОРИИ

Вирус Эпштейна-Барр был открыт и описан в 1964 году двумя английскими вирусологами — Майклом Эпштейном и Ивонной Барр. Эпштейн тогда был профессором в одном из британских институтов, а Барр работала его ассистенткой.

Майкла Эпштейна ещё в 1960 году заинтересовал доклад английского хирурга Дэниса Беркитта, работавшего в экваториальной Африке, о специфическом местном онкологическом заболевании, названном впоследствии лимфомой Беркитта.

После того, как Эпштейну удалось получить грант от Национального института рака США для изучения болезни, Беркитт выслал ему образцы опухоли. В образцах при помощи электронного микроскопа был обнаружен вирус, до того науке не известный, и по фамилиям своих первооткрывателей получивший название «вирус Эпштейна-Барр».

### ГЕРПЕС-ВИРУС

Вирусы семейства Herpesvirus представляют собой двухнитчатую молекулу ДНК, содержащуюся в ядре, которое окружено капсидом. Капсид, в свою очередь, состоит из капсомер, точно подобранных и подогнанных друг к другу, образуя икосаэдр (Рис. 1). Капсомеры — это полые структуры, имеющие на поперечном срезе пента- и гексагональное строение. Капсид содержит 162 капсомеры: 150 шестиугольных (гексамеры) и 12 пятиугольных (пентамеры). Вокруг капсида имеется аморфный белковый тегумент. Все это заключено в гликопротеиновую оболочку с шипами.

Форма вирионов герпес-вирусов неправильная сферическая, размером 120–300 нм. Они содержат основные 4 компонента:

- Сердцевина (молекула ДНК)
- Нуклеокапсид
- Тегумент
- Внешняя мембрана (гликопротеин)

Вирионы включают специфические антигены: капсидный (VCA), ядерный (EBNA), ранний (EA) и мембранный (MA) антигены.

Данный вирус способен реплицироваться в любых тканях, даже в В-лимфоцитах, которые он преимущественно и поражает.



Рис. 1



Различают 3 подсемейства, каждое из которых содержит по 4 вида:

1. Alphaherpesviruses

- 1) Simplexvirus
- 2) Varicellovirus
- 3) Mardivirus
- 4) Iltovirus

2. Betaherpesvirinae

1) Cytomegalovirus (Цитомегаловирус) [Вирус герпеса 5 типа, или Цитомегаловирус, который часто идет «рука об руку» с ВЭБ]

- 2) Muromegalovirus
- 3) Roseolovirus
- 4) Proboscivirus

3. Gammaherpesvirinae

1) Lymphocryptovirus (Лимфокриптовирус) [Вирус герпеса 4 типа, или вирус Эпштейна-Барр]

- 2) Rhadinovirus
- 3) Macavirus
- 4) Percavirus

## БОЛЕЗНИ, АССОЦИИРОВАННЫЕ С ВИРУСОМ ЭПШТЕЙНА — БАРР

ВЭБ ассоциирован с целым рядом онкологических, преимущественно лимфопролиферативных и аутоиммунных заболеваний (классические ревматические болезни, васкулиты, неспецифический язвенный колит и др.). Кроме того, ВЭБ может вызывать хронические манифестные и стертые формы заболевания, протекающие по типу хронического мононуклеоза:

- Инфекционный мононуклеоз (мультигландулярный аденоз, железистая лихорадка, болезнь Филатова)
- Герпетическая ангина (герпангина)
- Некоторые из неходжкинских лимфом, в частности, лимфома Беркитта (центральноафриканская лимфома)
- Лимфогранулематоз (болезнь Ходжкина)
- Герпес
- Гепатит
- Назофарингеальная карцинома (носоглоточное раковое образование)
- Общая переменная иммунная недостаточность
- Синдром Стивенса — Джонсона
- Синдром Алисы в стране чудес
- Посттрансплантационная лимфопролиферативная болезнь (post-transplant lymphoproliferative syndrome, PTLD)
- Рассеянный склероз
- Волосатая лейкоплакия
- Синдром хронической усталости
- Болезнь Кикучи

## МОНОНУКЛЕОЗ

Инфекционный мононуклеоз (болезнь Филатова, моноцитарная ангина, доброкачественный лимфобластоз) — острое вирусное заболевание, которое характеризуется лихорадкой, поражением зева, лимфатических узлов, печени, селезенки и своеобразными изменениями состава крови.

На инфекционную природу этого заболевания указал ещё Н.Ф.Филатов в 1887 году, который первым обратил

внимание на лихорадочное заболевание с увеличением лимфатических узлов и назвал его идиопатическим воспалением лимфатических желез. Описанное заболевание долгие годы носило его имя — болезнь Филатова. В 1889 году немецкий учёный Эмиль Пфайффер описал аналогичную клиническую картину заболевания и определил его, как железистую лихорадку с поражением зева и лимфатической системы. С введением в практику гематологических исследований были изучены характерные изменения состава крови при этом заболевании, в соответствии с которыми американские учёные Т.Спрэнт и Ф.Эванс назвали заболевание инфекционным мононуклеозом. После открытия ВЭБ данный вирус стали все чаще обнаруживать в организмах заболевших людей.

## ЭПИДЕМИОЛОГИЯ

ВЭБ распространен повсеместно, обнаруживается у 80–90% людей. 60% заболевших инфекционным мононуклеозом — лица 2–20 лет. Источником являются больные в остром периоде, со стертыми формами болезни и вирусовыделители (перенесшие данное заболевание в 90% случаев периодически выделяют вирус со слюной). Основным путем передачи инфекции — воздушно-капельный. Контактный-бытовой путь осуществляется через предметы обихода и игрушки, загрязненные слюной больного. Распространению инфекции способствуют скученность и грубые нарушения гигиенических норм — пользование общей посудой, бельем и т.д. Для инфекционного мононуклеоза характерна весенняя сезонность. Болеют в основном лица мужского пола, преимущественно в дошкольном возрасте при посещении организованных коллективов.

Попадание ВЭБ в детский организм чаще всего не сопровождается какими-либо клиническими симптомами (бессимптомная инфекция). У детей первых 3 лет жизни первичное попадание вируса в организм проявляется нередко как острая респираторно-вирусная инфекция. Если вирус попадает впервые в организм детей более старшего возраста, то в 45% случаев возникает типичная клиническая картина инфекционного мононуклеоза. После перенесенного заболевания формируется стойкий иммунитет.

Инфицирование может протекать как с соответствующей клиникой, проявляться в виде незначительных признаков ОРВИ, так и бессимптомно. Но при попадании большого количества вируса и/или наличии в данный период значимого ослабления иммунной системы у пациента может развиться картина инфекционного мононуклеоза.

Наибольшее количество вирусных клеток в организме носителя находится в эпителии протоков слюнных желез. Поэтому поцелуи являются наибольшим риском в заражении ВЭБ. Исходя из этого, инфекционный мононуклеоз называют «болезнью поцелуев». Входными воротами для ВЭБ является глоточное кольцо Пирогова, а пути заражения различные:

- Воздушно-капельный
- Контактный-бытовой
- Трансфузионный
- Половой
- Трансплацентарный

Первичное заражение происходит чаще всего в детском или подростковом возрасте. Попад в организм, вирус способен пожизненно в нем циркулировать. Обострение, то есть усиленное размножение вируса в организме носителя, возможно при снижении иммунитета, чему могут способствовать самые привычные для жителей мегаполисов хронический стресс, повышенная утомляемость, недосыпание, а также острые бактериальные или вирусные инфекции и вакцинации.

Вирионы герпес-вирусов чрезвычайно термолабильны — инактивируются при температуре 50–52°C в течение 30 мин, при температуре 37,5°C — в течение 20 ч, устойчивы при температуре 70°C; хорошо переносят лиофилизацию, длительно сохраняются в тканях в 50%-ном растворе глицерина. На металлических поверхностях (монеты, дверные ручки, водопроводные краны) герпес-вирусы выживают в течение 2 ч, на пластике и дереве — до 3 ч, во влажных медицинских вате и марле — до их высыхания при комнатной температуре (до 6 ч).

## ПАТОГЕНЕЗ

У-герпес-вирусы характеризуются тропностью к лимфоидным клеткам (Т- и В-лимфоцитам), в которых они длительно персистируют и которые могут трансформировать, вызывая лимфомы, саркомы. Как было сказано выше, ВЭБ способен реплицироваться в любых тканях, даже в В-лимфоцитах. Но ВЭБ отличается от других герпесовирусов тем, что вызывает пролиферацию клеток, а не гибель.

Основными входными воротами для вируса герпеса 4 типа является глоточное кольцо, в котором рассеяно большое количество лимфоидных клеток. Одним из первых клинических признаков инфекционного мононуклеоза является воспаление миндалин. Поэтому при недостаточной выраженности других симптомов изначально пациенту может быть поставлен диагноз «Ангина».

Попадая в восприимчивый организм, вирус адсорбируется на эпителии слизистой оболочки ротовой полости. Эпителиальные клетки имеют Cd3 рецепторы для ВЭБ, которыми могут связать и нейтрализовать вирус. Если этого не произошло, то вирус путем транцитоза проникает в нижележащую лимфоидную ткань глоточных миндалин, а точнее — в В-лимфоциты, на которых для ВЭБ есть CR2 рецепторы.

Инфицированные В-лимфоциты могут значительное время находиться в тонзиллярных криптах, что позволяет вирусу выделяться во внешнюю среду со слюной. С инфицированными клетками ВЭБ распространяется по другим лимфоидным тканям и периферической крови. Созревание В-лимфоцитов в плазматические клетки (что происходит в норме при их встрече с соответствующим антигеном, инфектом) стимулирует размножение вируса, а последующая гибель (апоптоз) этих клеток приводит к выделению вирусных частиц в крипты и слюну.

Вирус способен персистировать на многих клетках организма: Т- и В-лимфоцитах, моноцитах, гладкомышечных клетках, клетках глии и т.д. Но основным, чаще встречающимся, является поражение В-лимфоцитов.

Функция В-лимфоцитов в организме заключается в продуцировании и секреции в кровотоки молекул анти-

тел, являющихся измененными формами антигенраспознающих рецепторов этих лимфоцитов. Возникновение антител в крови после появления любого антигена независимо от того, вреден он или безвреден для организма, и представляет собой иммунный ответ. Появление антител — не просто защитная реакция организма против инфекционных заболеваний, но явление, имеющее широкое биологическое значение: это общий механизм распознавания «чужого».

Спустя сутки после начала заболевания В-лимфоциты начинают выделять ядерный антиген. Через 2 дня они вызывают пролиферативный рост. Таким образом, к концу первой недели заболевания в крови обнаруживаются иммуноглобулины.

ВЭБ является генетическим паразитом, его геном взаимодействует с геномом клеток макроорганизма.

Возможны 2 варианта инфицирования.

1. Продуктивная репродуктивная инфекция, или литический цикл.

Инфекционный мононуклеоз является прототипом данного вида инфицирования, которое заключается в созревании вирусных частиц, дальнейшей их сборки и освобождении, в результате чего клетка погибает.

2. Непродуктивная инфекция, или интеграция генетического аппарата вируса в геном хозяина.

За счет этого механизма вирус становится недостижимым для контроля иммунной системой и происходит его хронизация.

ВЭБ относится к болезням иммунной системы, так как не только запускает каскад последовательных иммунопатологических реакций, но и включается многозвеньевая цепь защитных механизмов: образование специфических антител, лизис зараженных клеток. Неспецифическая защита представлена гуморальным и клеточными механизмами, которые подавляют, задерживают или снижают репликацию вируса на ранних этапах развития заболевания.

Таким образом, вирус попадает в ротовую полость хозяина, проникает в В-лимфоциты, где происходит размножение вируса. Первые дочерние особи ВЭБ выходят из клеток примерно через 18 часов и распространяются по организму, оседая на участках лимфоидной ткани и других органов и систем. Такое волнообразное распространение можно клинически отслеживать проявлением и усугублением симптомов заболевания.

После перенесенного инфекционного мононуклеоза вырабатывается стойкий иммунитет, повторное заражение невозможно. Но при повторном контакте с вирусом будет повышаться уровень титра антител. ☞

*Продолжение следует...*

## ЛИТЕРАТУРА

1. Калинина Н. М., Дрыгина Л. Б., Горейко Т. В. «Современные представления об иммунопатогенезе инфекции, вызванной вирусом Эпштейна-Барр»
2. Кускова Т. К., Белова Е. Г. «Семейство герпес-вирусов на современном этапе»
3. Луценко М. Т., Гориков И. Н. «Некоторые сведения о морфологии герпес-вирусов и их свойствах»



**А. Н. Завьялова,**  
кандидат медицинских наук,  
консультант диетолог Санкт-Петербургского  
государственного педиатрического университета,  
Санкт-Петербург, Россия

## ВИТАМИНЫ В ПИТАНИИ БЕРЕМЕННЫХ И КОРМЯЩИХ

*Рациональное питание — залог здоровья во все возрастные периоды жизни. Особенно важно правильное и сбалансированное питание в период вынашивания и вскармливания ребенка, ведь это — залог будущего здоровья, интеллекта, успешности будущего человека.*

*В последние годы лавина разнообразных диет и рекомендаций по улучшению структуры и формы тела выплеснуто на полки книжных магазинов и в интернет. К великому сожалению, многие рекомендуемые «модные» диеты не улучшают здоровья, а, напротив, способствуют его утрате. Следуют «модным рекомендациям» чаще всего молодые девушки, женщины — будущие матери, а если обратиться к истокам нашим — будущую хозяйку в дом выбирали — крепкую, с пышными формами, заботясь о будущем здоровом потомстве. Но сейчас речь пойдет о работе над ошибками (возможно — природы): как родить и вырастить здоровое, умное, успешное потомство?*

О соотношении основных компонентов пищи: белков, жиров и углеводов знают многие. О пользе витаминов и минералов — также большинство. К сожалению не многие осведомлены о негативных последствиях для будущего ребенка высоких доз некоторых витаминов и даже минимальных доз некоторых растительных препаратов, входящих в состав отдельных поливитаминных БАДов [1].

Напомним, что витамины — «амины, необходимые для жизни» — незаменимые пищевые вещества, требуемые в определенных дозах для биохимических реакций в организме. Наш организм — это большая биохимическая лаборатория, где — желудочно-кишечный тракт (ЖКТ) выполняет роль «варочного цеха». И независимо от того, хороший аппетит или нет, много человек ест или нет, витаминов (а также некоторых витаминоподобных веществ и минералов) всегда требуется определенное количество. Сколько? Все зависит от возраста, пола, веса, состояния здоровья, жизненной ситуации, экологической обстановки и т.д. У детей потребность в витаминах больше, чем у взрослых, если рассчитывать на килограмм веса. В период вынашивания и вскармливания ре-

бенка потребность в витаминах примерно на 25% выше, чем для женщин детородного возраста [2].

Витамины, как правило, поступают в организм с пищей. Мясо и молочные продукты — источники витаминов группы В; молоко и молочные продукты — источники витамина А, В2; растительные масла — витамина Е, животные жиры — витаминов А и D. Свежие фрукты и овощи — источники витаминов С, К, каротиноидов и фолиевой кислоты, но, к сожалению, количество витаминов в продуктах питания зависит от места, времени выращивания и транспортировки, и чем отдаленнее место и срок сбора урожая, тем меньше в них незаменимых витаминов. Иногда объем пищи, необходимой для обеспечения организма витаминами, велик и превышает сотни граммов, что недопустимо в современной жизни и может привести к избыточной массе тела (табл.1). Независимо от того, сколько человек получает витаминов с пищей, усвоить их организм может только в условиях здорового ЖКТ.

В последние десятилетия сотрудниками НИИ питания РАМН обследованы большие контингенты населения, в том числе и беременных женщин. Полигиповитаминоз — широко распространенное явление: дефицит ви-

Таблица 1

## Пищевые продукты — основные источники витаминов [3].

| Витамин              | Продукт                               | Содержание, мг/100 г | Количество продукта, обеспечивающее суточную потребность, г |
|----------------------|---------------------------------------|----------------------|-------------------------------------------------------------|
| С                    | перец, черная смородина, облепиха     | 200                  | 25–50                                                       |
|                      | земляника, цитрусовые, капуста свежая | 40–65                | 100–150                                                     |
|                      | зеленый горошек, зеленый лук          | 20–30                | 250–300                                                     |
|                      | картофель отварной                    | 14                   | 400–500                                                     |
| В-1                  | свинина нежирная                      | 0,40–0,60            | 400–700                                                     |
|                      | печень, почки                         | 0,30–0,50            | 600–1000                                                    |
|                      | крупы (пшеничная, овсяная, гречневая) | 0,40–0,45            | 500–700                                                     |
|                      | хлеб (ржаной, из цельного зерна)      | 0,18–0,27            | 500–1000                                                    |
|                      | Бобовые                               | 0,50–0,80            | 250–600                                                     |
| В-2                  | печень, почки                         | 1,6–2,2              | 150–200                                                     |
|                      | творог, сыр                           | 0,30–0,40            | 500–800                                                     |
|                      | молоко цельное, бобовые               | 0,13–0,17            | 1000–2000                                                   |
|                      | мясо, крупы (гречневая, овсяная)      | 0,10–0,18            | 1500–3000                                                   |
|                      | хлеб (из муки грубого помола)         | 0,10                 | 2000–2500                                                   |
| В-6                  | печень, почки, птица, мясо            | 0,30–0,70            | 300–700                                                     |
|                      | Рыба                                  | 0,10–0,50            | 400–2000                                                    |
|                      | Бобовые                               | 0,9                  | 200–250                                                     |
|                      | крупы, перец, картофель               | 0,30–0,54            | 400–700                                                     |
|                      | хлеб (из муки грубого помола)         | 0,3                  | 700                                                         |
| Ниацин               | печень, сыр                           | 10–16                | 100–200                                                     |
|                      | мясо, колбаса, крупы                  | 4–9                  | 150–400                                                     |
|                      | бобовые, хлеб (грубого помола)        | 2–3                  | 500–800                                                     |
| Фолацин              | Печень                                | 0,22–0,24            | 100                                                         |
|                      | печень трески                         | 0,11                 | 200                                                         |
|                      | бобовые, хлеб (ржаной)                | 0,02–0,03            | 700                                                         |
|                      | зелень (петрушка, шпинат, салат, лук) | 0,04–0,11            | 200–500                                                     |
| Биотин               | печень, почки                         | 0,08–0,14            | 70–125                                                      |
|                      | бобовые (соя, горох)                  | 0,02–0,06            | 170–500                                                     |
|                      | Яйца                                  | 0,028                | 360                                                         |
| В-12                 | печень                                | 0,06                 | 5–6                                                         |
|                      | Почки                                 | 0,025                | 12–15                                                       |
|                      | мясо, рыба                            | 0,001–0,004          | 75–300                                                      |
| Пантотеновая кислота | печень, почки                         | 4–6                  | 120–175                                                     |
|                      | Бобовые                               | 1–2                  | 350–700                                                     |
|                      | Мясо                                  | 0,6–1,0              | 700–1000                                                    |
|                      | Рыба                                  | 0,3–0,8              | 850–2350                                                    |
| Е                    | растительные масла                    | 70–110               | 9–14                                                        |
|                      | крупы, хлеб                           | 2–9                  | 100–500                                                     |
| К                    | зелень (шпинат, капуста)              | 3–4                  | 4–6                                                         |
| Каротиноиды          | Морковь                               | 9                    | 70                                                          |
|                      | зелень (петрушка, укроп, лук)         | 2–5                  | 100–200                                                     |
|                      | помидоры, абрикосы, тыква, облепиха   | 1,2–1,6              | 400–500                                                     |
| А                    | печень трески                         | 5–15                 | 8–20                                                        |
|                      | Печень                                | 4–8                  | 12–25                                                       |
|                      | сливочное масло                       | 0,4–0,5              | 200–250                                                     |
| D                    | печень трески                         | 100                  | 2,5                                                         |
|                      | рыба                                  | 0,02–0,03            | 35–50                                                       |
|                      | Яйца                                  | 0,0047               | 215                                                         |
|                      | Печень                                | 0,0025               | 400                                                         |
|                      | сливочное масло                       | 0,0015               | 700                                                         |



таминов группы В выявлен у 20–100% обследованных, аскорбиновой кислоты — у 13–50%, каротиноидов — 25–94%. Сочетанный дефицит по двум — трем витаминам выявляется у 70–80% женщин, независимо от возраста, времени года, места проживания, материальной обеспеченности, профессиональной принадлежности. Отчасти высокая распространенность дефицитных состояний обусловлена употреблением рафинированных высококалорийных пищевых продуктов, таких как белый хлеб, макаронные, кондитерские изделия, сахар; виновны в этом и некоторые редуцированные диеты, вегетарианство, религиозные запреты, однообразие в выборе продуктов [3].

## ПОСЛЕДСТВИЯ НЕРАЦИОНАЛЬНОГО ПИТАНИЯ И ДЕФИЦИТА ВИТАМИНОВ

**П**о данным зарубежных исследователей, наблюдавших целые поколения, дефицит витаминов группы В ведет к ухудшению интеллекта (и обучаемости) в детском и юношеском возрасте, а в последующем ведет к раннему развитию старческого слабоумия [4, 5, 6]. Так, возможно, не школьная программа тяжела для усвоения учащимися, а винить в том нужно дефицит витаминов в рационе? Подобные наблюдения можно привести по каждому из витаминов.

Обнаружение полигиповитаминозных состояний диктует необходимость дополнительной витаминизации. Сторонники естественной коррекции витаминного состава рациона предлагают увеличить или ввести в рацион традиционные продукты — витаминоносители, что неизбежно приведет к увеличению поступления энергии и, соответственно, массы тела, причем, надо заметить, что для этого необходим и отменный аппетит. Тем не менее, мы не сбрасываем со счетов и этот путь. Нередко на приеме кормящая мать жалуется на утрату массы тела более 10 кг (!) за время кормления грудью и чувствует слабость и недомогание.

Другой путь — фармпрепараты. Поливитаминные пастилки, таблетки, капсулы и прочие фармацевтические формы различного состава: в одной таблетке или в двух, вполне правомочны. Состав официальных витаминных препаратов апробирован временем, многочисленными исследованиями и соответствует основному принципу — «не навреди!». Стоит обращать внимание на производителя поливитаминного препарата, состав и процент от рекомендуемой нормы потребления по каждому витамину, и, конечно, традиционное: срок годности...

Для беременных и кормящих на фармацевтическом рынке есть великое множество препаратов, ряд из которых содержат суточную (!) рекомендуемую норму потребления. Необходимо помнить, что с пищей в организм тоже по-

ступают витамины, поэтому такие витаминные комплексы врачи должны назначать желательное после предварительного биохимического обследования женщины на витаминную обеспеченность.

Другой вариант — функциональные продукты дополнительного питания для беременных и кормящих: на основе белков коровьего молока. Принимая коктейли для беременных и кормящих, женщина наряду с дополнительным введением витаминноминерального комплекса получает «носитель» — белково-жировой компонент, на котором витамины и минералы усваиваются лучше. Продукты, предлагаемые для беременных и кормящих, сбалансированы по составу, как правило, обогащены таурином — свободной аминокислотой, необходимой для созревания нервной системы и зрения младенца, инозитом или пектином — для лучшей работы пищеварительного тракта, вкусовыми добавками, не содержат генно-модифицированное сырье и искусственные красители.

Для кормящих женщин, нуждающихся в диетическом ограничении продуктов, содержащих белки коровьего молока, возможна замена столь важных продуктов глубокими гидролизатами белков коровьего молока, предлагаемые для коррекции у взрослых. С этим продуктом женщина получит и полноценный белок, и микронутриентный набор для поддержания собственного обмена веществ и достаточной лактации.

Все витамины, входящие в состав, как продуктов дополнительного питания, так и витаминных комплексов, полностью идентичны «природным», присутствующим в натуральных пищевых продуктах, и по химической структуре, и по биологической активности. Представление о том, что выпускаемые промышленностью витамины усваиваются организмом хуже, чем «натуральные», является не совсем правильным. Более того, усвоение витаминов из препаратов зачастую выше, чем из продуктов, в которых они, как правило, находятся в связанной форме. Фолиевая кислота, содержащаяся в пищевых продуктах, усваивается в среднем в 2 раза хуже, чем чистый препарат этого витамина. Биологическая усвояемость витамина B6 в продуктах питания растительного происхождения, в зависимости от вида продукта, составляет от 75 до 5%. Прием поливитаминных препаратов во время или после еды обеспечивает полное эффективное взаимодействие витаминов со всеми компонентами пищи. В некоторых случаях токсичность витаминов уменьшается при их комбинированном применении: витамин А снижает токсичность витамина D. Прием витаминов в комплексе способствует более эффективному усвоению всех составляющих, например, невозможно ликвидировать нарушения, обусловленные дефицитом витамина B6, если существует недо-

Таблица 2

**МЕТОДИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ 2.3.1. РАЦИОНАЛЬНОЕ ПИТАНИЕ.**  
**Нормы физиологических потребностей в энергии и пищевых веществах**  
**для различных групп населения Российской Федерации. Дата введения 2008-12-18.**

| Витамин         | Женщины | Дополнительные потребности |                  |                   |
|-----------------|---------|----------------------------|------------------|-------------------|
|                 |         | Беременные женщины         | Кормящие 1–6 мес | Кормящие 7–12 мес |
| С, мг           | 90      | 10                         | 30               | 30                |
| А, мкг          | 900     | 100                        | 400              | 400               |
| Е, мг           | 15      | 2                          | 4                | 4                 |
| Д, мкг          | 10      | 2,5                        | 2,5              | 2,5               |
| В1, мг          | 1,5     | 0,2                        | 0,3              | 0,3               |
| В2, мг          | 1,8     | 0,2                        | 0,3              | 0,3               |
| В6, мг          | 2       | 0,3                        | 0,6              | 0,6               |
| РР, мг (ниацин) | 20      | 2,0                        | 3,0              | 3,0               |
| Фолат, мкг      | 400     | 200                        | 100              | 100               |
| В-12, мкг       | 3,0     | 0,5                        | 0,5              | 0,5               |

статок витамина В2, поскольку в превращениях витамина В6 принимают участие витамин В2-зависимые ферменты. В процессе изготовления поливитаминов ингредиенты подготавливаются таким образом, чтобы ограничить контакты между ними и, следовательно, не допустить химического взаимодействия компонентов внутри таблетки. Эти и другие особенности действия витаминов, а также высокая частота встречаемости среди населения именно полигиповитаминозных состояний служат основанием для применения комбинированных форм витаминов [3].

### НАТУРАЛЬНОЕ ИЛИ ИСКУССТВЕННОЕ?

**В**ыделение витаминов из природных продуктов включает такое обилие процедур и участие химических веществ, что конечный продукт натуральным можно назвать с большой натяжкой, и этот процесс является исключительно дорогостоящим, поэтому конечный продукт не может стоить дешево. Что касается чистоты синтетических препаратов витаминов, наличия в них примесей, вредных для организма, то современная технология их производства и постоянный контроль, как фирмы-производителя, так и государственных органов Санитарно-эпидемиологического надзора, гарантирует их химическую чистоту (содержание основного вещества достигает 99% и более). Действие витаминов в комплексе растительных препаратов («натуральные» витаминные носители) может нанести вред плоду и течению всей беременности, в связи с ограничением использования ряда растений во время беременности [1].

### «АЛЛЕРГЕННОСТЬ» ВИТАМИНОВ

**А**нтитела образуются в организме на крупномолекулярные соединения: чужеродные белки, гликопротеиды. Витамины — обязательные и незаменимые компоненты нашей пищи с низкой молекулярной массой, при введении их в организм с пищей и в количествах, не превышающих физиологических доз, не вызывают об-

разование антител, а, значит, и развития аллергии. Аллергические реакции могут возникать при назначении витаминов внутримышечно или внутривенно в лекарственных дозах, превышающих рекомендуемое потребление с профилактической целью в десятки раз [3].

Прием поливитаминов беременной и кормящей женщиной необходим для поддержания равновесия между потребностями в витаминах и их поступлением с пищей. В профилактических дозах — это не медикаментозное воздействие. Поливитаминные препараты необходимо принимать в течение всей беременности постоянно, без перерывов. А еще лучше, если их начинают принимать оба супруга за несколько месяцев до планируемого зачатия ребенка.

### ЛИТЕРАТУРА

1. Громова О.А. Витамины и минералы у беременных и кормящих женщин / Методическое письмо для врачей. — Москва, 2007. — 140с.
2. Спиричев В.Б. Сколько витаминов человеку надо. — Москва, — 2000. — 185с.
3. Коденцова В.М., Вржесинская О.А. Витамины в питании беременных // Гинекология. — 2002. — Т. 4, N 1. — С. 7–12.
4. Benton D, Roberts G. Effect of vitamin and mineral supplementation on intelligence of a sample of schoolchildren // Lancet. — 1988. — Vol. 23 (1). — P. 140–143.
5. Paulionis L., Kane S.L., and Meckling K.A. Vitamin status and cognitive function in a long-term care population // BioMed Centr. Geriatr. — 2005. — Vol. 5. — P. 16
6. Mc Neill G., Avenell A., Campbell M.K., Cook J.A., Hannaford P.C. et al. Effect of multimineral supplementation on cognitive function in men and women aged 65 years and over: a randomized controlled trial // Nutr J. — 2007. — Vol. 2. — P. 6–10.



**От Редакции:** С Еленой Николаевной Коваль, врачом терапевтом и автором уникальной методики массажа с пропитками фитобальзамами, наши читатели познакомились в предыдущих выпусках журнала (см. «Пятиминутка» №№ 3, 4, 5–2016 г.). После публикаций возникло много вопросов к такому интересному специалисту. В данном интервью Елена Николаевна продолжает отвечать на вопросы коллег.



## ДРУГОЕ ПРОФЕССИОНАЛЬНОЕ ВОСПИТАНИЕ...

— Елена Николаевна, в чем Вы видите преимущества Вашей методики, по сравнению с другими видами массажа?

— Мне кажется, что не нужно искать преимущества одного метода перед другим. На протяжении многих лет я видела и многих массажистов, и преподавателей массажа. Все достойны уважения. В жизни всё просто. Если человек понимает, что у него лучше получается делать массаж, и он видит результаты своей работы, то ему, конечно, лучше заниматься массажем. Мне несколько раз пришлось столкнуться с реальностью, когда человек плохо делал массаж, но был уникальным преподавателем и великолепно ставил руки своим ученикам. Его учеников всегда можно было отличить по манере их работы. Единственное, что для меня неприемлемо, когда человек, имея диплом младшей медицинской сестры, почему-то имеет также диплом остеопата, насколько я знаю, он выдаётся только врачам, и предлагает услуги по массажу в массажном кабинете, которые должен назначать только врач. И ещё — медицинский работник с дипломом медсестры может выполнять только назначения врача, а не ставить диагнозы и делать то, на что не имеет права, да ещё и обсуждать действия врача. И даже имея высшее сестринское образование, такой специалист должен заниматься СВОИМ делом, которое существенно отличается от работы врача.

В массаже с пропиткой бальзамом есть главное: его нужно и можно делать тогда, когда другие виды массажа или процедуры противопоказаны. И это единственный вид помощи, который не только даёт хороший результат (о чём уже было написано в предыдущей статье), но и часто помогает выйти пациенту из замкнутого круга и получить помощь без осложнений. И опять буду повторяться, что всё зависит от грамотности доктора, от его клинического мышления, от правильно поставленного диагноза.

Конечно, мы все должны понимать, что ни этот массаж, ни другие методы лечения не являются панацеей, и придётся много заниматься с больным просто разговорами (психотерапия), ведь часто, когда действительно пациент уверен, что ему помогут, то путь к успеху лечения становится более прямым и коротким. Как раз недавно, перед 8 марта, мы закончили десятидневный курс лечения слож-

ному пациенту из другого города и ещё раз убедились, что метод работает, а именно этому пациенту ничего другого делать больше нельзя.

— Работаете ли Вы в комплексе с другими методиками — классическими и альтернативными? И с какими?

— Да, конечно. Отвечая на первый вопрос, я говорила, что в каждом конкретном случае я всегда подбираю то, что необходимо данному пациенту. Хотя мне не понятно: почему массаж является альтернативной медициной? А когда не было тех средств, которыми сейчас забиты аптеки, далеко не всегда эффективными и дающими массу осложнений, разве тогда вся медицина была альтернативной? Больше 40 лет назад мне назначили для лечения рожистого воспаления красный стрептоцид в дозировке, которая должна была дать эффект. У меня не было ещё знаний по фармакологии, но доктор не учёл наличие почечной патологии с детского возраста. Результат: рожа как была, так и осталась, а вот с почками пришлось возиться в течение года. Ещё тогда я поняла, что не буду использовать всю эту химию в своей врачебной практике.

Если говорить о фитотерапии, то здесь тоже всё неоднозначно. Любая лечебная трава при передозировке может дать осложнения. Очень интересный результат даёт лечение мёдом и другими продуктами пчеловодства. Об этом писал в своей монографии по апитерапии Лудянский. Известно применение пряностей в медицине, грамотного питания и т.д. Если наш пациент готов к изменениям образа жизни, то тогда пользуемся знаниями и сотрудничеством с разными специалистами. Всегда нужно стремиться сделать всё по максимуму. С 1993 года я сотрудничаю с врачом гомеопатом. Так что применяем и гомеопатию в сочетании со всеми вышеперечисленными методами, а также гирудотерапию.

— В каких случаях Вы рекомендуете гомеопатию? В каком объеме? Сейчас гомеопатия снова объявлена «лженаукой»...

— Гомеопат, с которым мы сотрудничаем, работает по методу Фолля — Лупичёва. К сожалению, автора методики уже нет в живых, но метод работает. Вопрос в одном: кому выгодно затевать все эти распри вокруг гомеопатии? Как правило, те, кто это затевает, остаются в тени. А меня

совершенно не волнуют все эти пересуды. У меня есть собственное мнение и свои наблюдения. В 1993 г. к нам обратились родители шестилетнего ребёнка, страдающего системным васкулитом. Девочка к моменту обращения принимала преднизолон в течение 7–8 месяцев. Налицо был синдром Кушинга, а также все признаки прогрессирующего васкулита. В течение 1,5–2 месяцев под прикрытием гомеопатических препаратов нам удалось «снять» ребёнка с преднизолона и со всех лекарств вообще. Далее в течение 1,5 лет под постоянным наблюдением, на приеме только гомеопатических препаратов удалось добиться обратного «раскручивания» болезни, и всё закончилось проявлением боли в горле без каких-либо признаков ангины (а всё когда-то началось именно с ангины, осложнением которой явился системный васкулит). С тех пор прошло много лет, но эта девочка, кроме простудных заболеваний, больше ничем не болела и сейчас абсолютно здорова, что и было подтверждено врачом ревматологом. Однако, как тогда, так и сейчас, народ не особенно доверяет гомеопатии, а продолжает принимать серьезные фармацевтические препараты вплоть до преднизолона, не задумываясь о последствиях. Но это выбор самого человека, это его жизнь, находящаяся в его руках.

Как и в любой методике, важно, как работает специалист. Я очень хорошо помню гомеопата Тайца (это была целая семейная династия), к которому много лет в нашем городе было не попасть на прием, настолько он был популярен. Гомеопатия была, есть и будет. И я рада, что судьба свела меня с таким интересным коллегой гомеопатом, с которым мы много лет плодотворно сотрудничаем.

**— Все ли пациенты «слушаются» Вас? Все ли выполняют Ваши рекомендации? Если нет, то, как Вы думаете, почему?**

— Из очень послушных пациентов в моей практике была только та девочка с системным васкулитом, где я работала как клиницист совместно с гомеопатом. Тогда родители были сильно напуганы, потому что им сказали после 7 месяцев лечения, что ребёнок будет инвалидом однозначно, а уж будет ли более печальный исход, никто не мог прогнозировать. Эти родители выполняли все рекомендации, и результат был очень хороший. Остальные пациенты обычно послушны до улучшения состояния, но в этом и состоит человеческая природа. «Не навреди!» — это правило всегда со мной. Только в последнее время стали говорить о психосоматике. Ничего просто так не бывает. Черты характера, психотип человека, его родовой опыт, собственные наработки, — всё имеет значение. И надо понимать, что только сам человек может начать двигаться вперёд, в т. ч. к своему здоровью. Я уже писала, что причина болезни не только в вирусах и микробах, старение организма тоже идёт у всех совершенно различно. Даже при очень серьёзных заболеваниях причина может показаться совершенно невероятной. Но каждый пациент делает сам свой выбор, и я уважаю выбор пациента. И не буду навязывать ему то, что вижу и считаю я. Хотя, конечно, всегда хочется сделать больше, но иногда пациент не может принять это «больше». И когда человек делает выбор не в пользу моего метода, т. е. выбирает другой метод лечения, то я просто отпускаю этого пациента без обид, сожалений и без фразы: «я же предупреждала»... Так уж устроен человек, что, как только полегало,

так и побежал сразу делать более серьёзные, с его точки зрения, дела. И я не уговариваю никого, но объясняю, что поддерживающий массаж после курса лечения, — это такое же правильное отношение к себе, как и к своей технике, автомобилю, за которыми вы следите, поддерживаете в должном состоянии, а не выбрасываете при первой поломке.

**— Как бы Вы хотели организовать Вашу работу, чтобы как можно больше пациентов могли воспользоваться Вашей методикой?**

— Ещё несколько месяцев назад я, действительно, хотела организовать свою работу более масштабно, работать вместе с тренерами, гомеопатом, гирудотерапевтами, апитерапевтами и другими центрами на постоянной основе. Сейчас у меня уже нет особого желания затевать всё это и, возможно, опережать события. Если будет достойное предложение, то я подумаю. Надо понимать, что это не поточный метод. А страждущих всегда приму, и если смогу помочь, то буду работать с этими конкретными людьми.

**— Что Вас радует и что огорчает в процессе работы? При общении с пациентами и с коллегами?**

— Конечный результат. Когда вы видите, что больному, которого вы ведёте, стало лучше, и это подтверждают дополнительные методы исследования, то это здорово. Когда у пациента на повторной МРТ вы не видите сколиоза, который был во всех отделах позвоночника, полностью ушёл болевой синдром, и человек начал жить полноценной жизнью, когда меняется его восприятие мира, и он доверяет вам, — это радует. С коллегами сложнее. Мои сверстники, как правило, уже не работают. Конечно, есть уникальные молодые специалисты, но их единицы. А с молодыми специалистами, в большинстве своем еще не имеющими опыта, сложно найти общий язык. И опять приведу пример: человек в 75 лет падает и ломает шейку бедра со смещением. Ему делают операцию на платной основе, но не в этом дело. Ровно через десять дней выписали с некрозом в области пятки, даже не предупредив, что он есть. В течение года пациент сам делал себе перевязки и подбирал местные лечебные средства. Попытка обратиться к доктору, даже после оплаты услуг, не имела успеха. Как-то всё это для меня неприемлемо. Я получила другое профессиональное воспитание. Мой отец закончил Военно-морскую медицинскую академию в 1945 году. Их курсу досталась трудная судьба. Многих с курса моего отца я знала и никогда не видела ни кичливости, ни гордыни. Они помогали друг другу, никого не унижали, не смотрели свысока и всегда готовы были прийти на помощь. Кстати, курс был очень талантливый, многие стали академиками, лауреатами государственных премий за открытия в области медицины, профессорами, возглавили институты, кафедры. Именно у этих людей мне довелось учиться, да и мои учителя в институте, ординатуре, аспирантуре всегда относились к нам с любовью. К своим ученикам я стараюсь относиться так, как относились ко мне.

Мне бы хотелось сказать, что мне интересно жить, продолжать учиться и радоваться жизни. ✎

Беседу вела М. Мамаева

Продолжение следует...



**Шураева Е. В.,**  
генеральный директор,  
врач-терапевт,  
ООО «Альсария», г. Орел, Россия

## **«АЛЬСАРИЯ-БЭЙБИ» — ПЕРВЫЕ РОССИЙСКИЕ ЛЕЧЕБНО- ПРОФИЛАКТИЧЕСКИЕ МАТРАСЫ ДЛЯ НОВОРОЖДЕННЫХ, ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ, ПРИМЕНЯЕМЫЕ В ДОМАШНИХ УСЛОВИЯХ**

**Р**оды — это главное событие не только для матери, но и для ребенка, которое наполняет радостью и счастьем каждый дом.

К сожалению, не всегда роды заканчиваются благоприятно для малыша. По данным статистики, частота родовых травм составляет от 2 до 7 на 1000 живорожденных. Родовые травмы условно можно подразделить на гипоксические и механические. К гипоксическим родовым травмам относятся перинатальные поражения головного и спинного мозга, а также внутренних органов, возникающие в результате асфиксии или гипоксии плода и новорожденного. К механическим формам родовых травм относятся: родовая опухоль, кефалогематома, кровоизлияния в мышцы, переломы костей, повреждения нервов.

Дети, перенесшие родовую травму центральной и периферической нервной системы, относятся к группе риска развития в дальнейшем неврологических и психических нарушений различной степени тяжести. Они должны быть поставлены на диспансерный учет и на первом году жизни каждые 2–3 мес. проходить осмотры педиатра и невропатолога. Это позволит своевременно и адекватно проводить лечебно-коррекционные мероприятия на ранних этапах развития. Родителям следует объяснять,

что лечение ребенка с поражением нервной системы — длительный процесс, не ограничивающийся только определенными курсами терапии, оно требует постоянных занятий с ребенком, во время которых стимулируется двигательное, речевое и психическое развитие. Их следует обучить навыкам специализированного ухода за больным ребенком, основным приемам лечебной гимнастики, массажа, ортопедического режима, которые должны выполняться дома.

Современная наука и медицина пришли на помощь детям с последствиями родовых травм и их родителям. Ещё в 1998 г. был запатентован уникальный метод лечения и реабилитации новорожденных с неврологической патологией путём моделирования методики псевдоневесомости. Это изобретение позволило создать реабилитационные кровати «КМ-07 САТУРН-90», дающие революционные возможности в лечении и реабилитации таких детей. Клинические испытания, проводившиеся в отделении реанимации, интенсивной терапии новорожденных и выхаживания маловесных детей НЦ акушерства, гинекологии и перинатологии РАМН показали уникальные результаты применения этой методики лечения и реабилитации.

Уже несколько лет, как на российском рынке появились запатентованные и одобренные

Российским Минздравом матрасы с наполнителем из микросфер «Альсария-бэйби». Основная концепция реабилитации в этих матрасах сохранена благодаря запатентованному составу из смеси микросфер, создающих свойство «псевдожидкости», моделирующих состояние псевдоневесомости. Уникальность матрасов связана с наполнителем, который является запатентованной смесью из 3-х видов микросфер. Микросферы — это мельчайшие шарики, размерами от 15 до 200 мкм, полые внутри, производимые из природных минералов — полевого шпата и кварца. В изделиях «Альсария» используются 3 вида микросфер, в том числе кальцийнатриевые микросферы с кремнийорганическим покрытием — те самые медицинские микросферы, которые с 70-х годов используются в противоожоговых кроватях и кроватях для реабилитации новорожденных детей «Са-турн-90».

Уникальность наполнителя обуславливает целый ряд физико-химических и физиологических эффектов. В создающихся условиях псевдоневесомости новорожденный принимает свободную раскованную позу, частично имитирующую позу в утробе матери. Во время сеанса происходит комплексное воздействие, основными эффектами которого являются релаксация и мягкое тонизирующее воздействие

на периферические нервные окончания кожи и мышц, улучшение микроциркуляции.

Более того, современные учёные пошли ещё дальше. В матрасах «Альсария-бэйби» использованы уникальные открытия отражающих свойств микросфер, сделанные советскими учёными ещё в 70-е годы. Матрасы «Альсария-бэйби» отражают инфракрасное излучение лежащего на нём ребёнка. Это единственное тепло, единственное излучение, не имеющее противопоказаний. Известно, что организм новорожденного ребёнка обладает несовершенными механизмами терморегуляции. Малыша легко как переохладить, так и перегреть. Использование матрасов «Альсария-бэйби» позволяет поместить ребёнка в условия, близкие к нахождению в утробе матери или в кювезе.

Матрасы «Альсария-бэйби» создают уникальный ортопедический эффект. Применение матрасов «Альсария-бэйби» поможет правильному формированию позвоночника ребёнка и предупреждает искривление костей черепа.

Наполнитель матрасов «Альсария-бэйби» обладает свойствами, столь необходимыми при уходе за новорожденным, — это антисептический и антиаллергический эффекты.

Антисептический эффект обуславливается за счёт нанесения на поверхность микрошариков кремнийорганического покрытия, соз-

# 8-800-333-61-64

(по России звонок бесплатный)

Наш сайт: [www.alsariya-baby.ru](http://www.alsariya-baby.ru)



Медицинское регистрационное удостоверение  
№ ФСР 2011/12316 от 24.05.2016 г.



Имеются противопоказания. Проконсультируйтесь со специалистом

ДЕТСКИЙ МЕДИЦИНСКИЙ МАТРАС  
«АЛЬСАРИЯ-БЭЙБИ» это:

- ✓ Правильное формирование позвоночника
- ✓ Комплексная реабилитация при нарушениях ЦНС
- ✓ Защита от пылевых клещей и бактерий
- ✓ Профилактика аллергических заболеваний
- ✓ Создание комфортного микроклимата в кроватке
- ✓ Эффект сухой иммерсии (моделирует состояние невесомости)



**РЕКЛАМА**



дающего щелочную среду, которая является губительной для микроорганизмов. В изделиях используются также антибактериальные ткани, которые позволяют бороться с проблемой распространения инфекций, особенно у детей с ослабленным иммунитетом. Применение дополнительных антибактериальных наволочек усиливает этот бактерицидный эффект. Благодаря уникальности технологии «Пермагард», которая обладает высокой устойчивостью к многократным высокотемпературным стиркам, тесты показали достоверное уменьшение количества стафилококковых бактерий на поверхности матраса.

Антиаллергический эффект матрасов «Альсария-бэйби» необходим каждому новорожденному. Известно, что одним из сильнейших аллергенов являются выделения пылевых клещей, живущих в органических материалах, таких как, например, перовые подушки. Наполнитель изделий является неорганическим веществом и исключает размножение пылевых клещей и других паразитов, что делает их незаменимыми для детей с кожными и аллергическими заболеваниями.

Матрасы медицинского назначения «Альсария-бэйби», способствующие улучшению микроциркуляции, уменьшению воспалительных реакций и нормализации функционального состояния центральной нервной системы, эффективны у детей и подростков в следующих случаях:

- Правильное формирование позвоночника и костно-мышечной системы в целом, профилактика сколиоза, остеохондроза и других заболеваний позвоночника.
- Синдром гипервозбудимости и другие функциональные и органические нарушения ЦНС.
- Часто болеющие дети — в качестве профилактики и комплексного лечения простудных и других воспалительных заболеваний бронхолегочной системы, а также мочеполовой системы и органов брюшной полости.
- Комплексное лечение и реабилитация после травм и переломов.

Матрас с микросферами «Альсария-бэйби» защитит от пылевых клещей и бактерий, поможет предотвратить развитие аллергических заболеваний, создаст комфортный микроклимат в кроватке, поможет малышу успокоиться и уснуть.

Матрас «Альсария-бэйби» необходим при реабилитации недоношенного ребёнка, а также детей с неврологической и другой перинатальной патологией.

Эти матрасы легки и практичны в использовании в домашних условиях, безопасны и легко подвергаются обработке.

В производстве изделий соблюдается строжайший контроль качества, о чём говорит полученный в 2010 г. и подтверждаемый ежегодно международный сертификат системы менеджмента качества производства ИСО 9001. ☺

*По материалам ООО «Альсария».*

### АНОНС

Уважаемые коллеги!

В 2016 году стартовал интересный проект  
в рамках нашего сотрудничества с курортами Венгрии:

## «ТАНЦУЮЩИЕ ЛЮДИ»,

включающий оздоровительную и культурную программу на курорте Хевиз.

- **Хевиз** — это один из самых знаменитых венгерских курортов, обладающий бесценным богатством, — единственным в мире доступным для круглогодичного купания лечебным термальным озером.
- Проект принимает **Villa Lira**, расположенная в прекрасном месте Хевиза, недалеко от волшебного озера.
- В программу включены уроки танцев под руководством профессионального педагога, а также оздоровительные мероприятия и экскурсии.

**Время поездки: сентябрь 2017 г.**

Справки по тел. +7-921-589-15-82, e-mail: [stella-mm@yandex.ru](mailto:stella-mm@yandex.ru)

Общество специалистов «Международное медицинское сотрудничество»  
при Издательском Доме СТЕЛЛА



Др. Юст-Лурина Н.,  
кандидат мед. наук,  
врач психотерапевт, г. Руст, Австрия

## НЕКОТОРЫЕ ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ СЕКСУАЛЬНОСТИ

«Сексуальность является центральным аспектом бытия человека на протяжении всей его жизни и включает в себя пол, гендерные идентичности и роли, сексуальную ориентацию, половой инстинкт, удовольствие, близость и репродукцию.

Сексуальность проявляется и выражается в мыслях, фантазиях, желаниях, убеждениях, установках, ценностях, поступках, поведении, половых ролях и отношениях. Несмотря на то, что сексуальность может включать в себя все эти аспекты, не все они одновременно ощущаются и проявляются.

На сексуальность влияет совокупность биологических, психологических, социальных, экономических, политических, этических, правовых, исторических, религиозных и духовных факторов» (WHO [ВОЗ] (2006), стр.10).

Сексуальность связана с привлекательностью. В социальном — психологическом значении привлекательность понимается как позитивное соответствие другой личности.

Привлекательность в смысле чувства притяжения описывается так же, как эмоция или чувство. Большинство исследований на эту тему рассматривают понятие привлекательности в измерении «нравиться — не нравиться». Привлекательность возможно оценить по трем критериям, значимым как для мужчин, так и для женщин: красота, сексуальная привлекательность и симпатия. Те личности, которые оцениваются как привлекательные, считаются также красивыми и сексуально притягательными.

### ТИПИЧНАЯ ПОЛОВАЯ ПРИВЛЕКАТЕЛЬНОСТЬ И ЕЕ ВЫРАЖЕНИЯ

Физически привлекательные люди считаются, в общем, более положительными. Этот феномен называется стереотипом привлекательности. Однако надо заметить, что высокая степень привлекательности имеет свои последствия. Мужчина, рядом с которым привлекательная женщина, наделяется позитивными качествами, в отличие от того, с которым рядом не привлекательная женщина.

Физическая привлекательность — важный компонент социальной востребованности, такой же, как, например, интеллигентность. Привлекательная личность — это лич-

ность будущего — более успешная, компетентная и физически здоровая.

Современному мужчине очень важно быть привлекательным, так как женщина в наше время социально независима и свободна в выборе партнера.

Доказано, что привлекательные люди легко реагируют на сексуальное возбуждение. Наше первое впечатление о потенциальных партнерах будет негативным, если предварительно мы просмотрим журналы и телепрограммы, которые показывают самых привлекательных людей. В оценке привлекательности срабатывает так называемый Медиа — эффект.

### ПЕРВЫЙ ВЗГЛЯД

То, что первое впечатление самое важное, это всем известно. Первый взгляд служит для того, чтобы собрать информацию о собеседнике. Мы наблюдаем неосознанно за теми участками тела, которые имеют для нас существенное значение. Места, где глаз не задерживается, не несут для наблюдателя информации. Мы не фиксируем свой взгляд на одежде. На первый взгляд, для нас нет разницы, одета персона элегантно, безвкусно или спортивно.

Женщины исследуют обычно лицо мужчины, они пытаются сразу установить контакт взглядов. Женщинам нужно всего 8 секунд, чтобы составить мнение о мужчине.

Мужчины в первую очередь исследуют среднюю и нижнюю часть женского тела, в то время как женщины разглядывают верхнюю часть.

### КАКОЕ ЛИЦО СЧИТАЕТСЯ ПРИВЛЕКАТЕЛЬНЫМ

Несколько лет назад в Вене (Австрия) Kate Grammer приблизился на шаг к решению этой загадки. Он выбрал из компьютерной картотеки полиции спонтанно 16 женских портретов. Их совместили и получили некий «средний» портрет (Рис. 1). Этот тип впоследствии выбирался большинством мужчин и женщин как самое привлекательное лицо. Через наложение исчезли все индивидуальные особенности и «неровности».

В результате дальнейших исследований было выявлено, что симметрия определяет «эротичность» лица. Вертикальная линия на рисунке 2 показывает отклонение

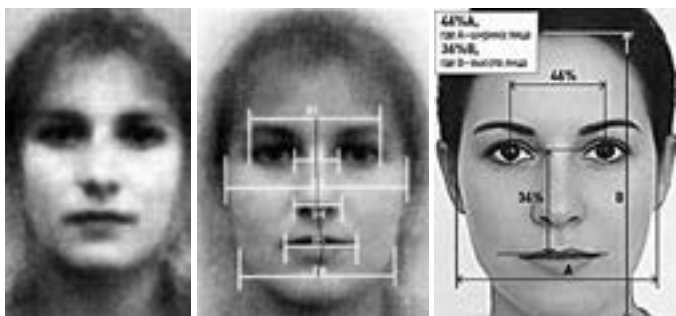


Рис. 1

Рис. 2

Рис. 3

от оси симметрии. На рисунке видны 6 линий. Их центр просчитан и видно, что они лежат в одной плоскости.

Самое важное — соотношение высоты и ширины лица — 36/46 (Рис. 3). Это новую магическую дробь вывели на основании опроса студентов профессор Кэнг Ли и его сотрудники из университета Торонто (Канада) (<http://inauka.ru/discovery/article97824?subhtml>).

Оказалось, что наиболее привлекательными считаются лица, у которых расстояние между зрачками глаз составляет в идеале 46% от ширины лица (от уха до уха). Во всяком случае, никак не больше 50%. А расстояние между губами и глазами должно в идеале составлять 36% от расстояния между подбородком и линией роста волос (высоты лица).

Вариации возможны, но они не должны быть меньше 33,3%. В утешение женщинам с неидеальным соотношением Кэнг Ли уверяет, что все легко поправить, просто изменив прическу.

У Анджелины Джоли, например, вообще все «неправильно», но она считается одной из самых сексуальных женщин мира (<http://inauka.ru/discovery/article97824?subhtml>).

Глаза — важная часть лица. Важную информацию мы получаем, оценивая состояние зрачков. Зрачки становятся меньше или больше в зависимости от изменений света и от эмоциональных впечатлений. Изменение размера зрачка напоминает барометр настроения. Если мы находимся в состоянии сильной радости или злости — зрачки расширяются. Если видим то, что разочаровывает — зрачки сужаются. Изменения происходят неосознанно.

Привлекательность универсальна и интернациональна. Она независима от расы, народности и цвета волос.

## ФИГУРА

Другой важный фактор привлекательности — это очертания силуэта.

Всем известно, что верхняя часть туловища определяет степень сексапильности. Это подтверждает анализ, проведенный между средней немецкой женщиной и девушкой из эротического журнала «Плейбой» (Грамммер, 1994 г.). Получили неожиданный результат — у девушки из «Плейбоя» бюст оказался больше только на 0,4 см., хотя она имеет на 7,2 см. тоньше талию и на 4,2 см. тоньше бедра!

Магическое соотношение 90-60-90, определяющее идеальные пропорции фигуры и, соответственно, красоту женщины. Стройная фигура обеспечивает оптимальные эротические сигналы.

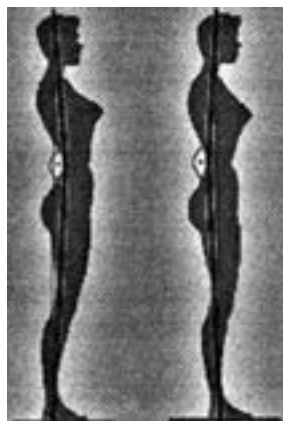


Рис. 4

Для женской осанки важен изгиб поясницы — лордоз. Изменение этого угла происходит при полном напряжении мускулатуры туловища (Рис. 4). Как следствие, это делает более стройной осанку и приближает ее к идеалу, к «гармоничной» фигуре. Мода использует это и предлагает туфли с высоким каблуками.

Важно подчеркнуть, что все, что является типично половым отличием, становится эротическим сигналом. Так, например, походка, которая имеет различное движение у мужчин и женщин. Американский фотограф Мюрбридж наблюдал в своей фотостудии динамику движения женской походки. Он обнаружил что при ходьбе амплитуда движения таза у женщин, гораздо больше чем у мужчин.

## РОСТ

Есть общепринятая норма: женщины предпочитают мужчин, которые выше, чем они сами. Мужчины, напротив, любят женщин, которые ниже ростом (Жилис и Авис, 1980).

Далее следует тенденция, что более высоким людям приписывается и более высокий статус. В Австрии в 1968 г. был проведен эксперимент. Во время лекций студентам представляли мужчину. Одной группе он был представлен как студент из Кембриджа, другой — как профессор. После того он покинул аудиторию, студентов попросили назвать его рост. Выяснилось, что «профессор» был выше «студента» на 10 см.

Возможно, этот феномен можно объяснить тем, что высоким людям приписывается не только более высокий статус, но и стремление к доминированию. Это приводит к выводу, что женщины влюбляются в доминирующих мужчин, а мужчины — в «подчиняющихся» женщин.

## ФЕРОМОНЫ

Привлекательные люди не только хорошо выглядят, они и пахнут так же привлекательно.

В 1959 году у насекомых был открыт гормон привлекательности — феромон. Слово «феромон» составлено из греческого *pherein* — «нести» и гормон, феромон — это сигнальное вещество, которое насекомые и почти все млекопитающие используют в качестве общения запахом с их сородичами. Феромоны называют веществом — посланием, они выражают сигналы тревоги, секретируются в момент принятия пищи, когда мы находимся в обществе, при готовности к сексуальному контакту.

Органом, воспринимающим запах феромонов, является крошечная полость внутри носа — вомероназальный орган, которым мы «вдыхаем» и неосознанно выбираем партнера.

Основными источниками феромона являются апокриновые железы. Они находятся на носогубной складке, груди, щеках, глазных яблоках, в ушном канале, на коже головы и, естественно, в области гениталий. Железы становятся активными большей частью в период полового созревания.

Одним из человеческих феромонов является андростенон, который оказывает прекрасное эротическое воздействие.

Ученые исследовали самооценку женщин под воздействием андростенона и выясни-

ли, что испытуемые имели необъяснимое чувство возбуждения. Под воздействием андростенона женщины проявляли более сильную сексуальную активность.

Аня Риковски и Кате Граммер провели эксперимент. Чтобы сохранить свой запах, испытуемые должны были спать три ночи подряд в одних и тех же хлопчатобумажных футболках. При этом они не должны были пользоваться ароматной парфюмерией, а также есть сильно пахнущие продукты питания (лук, чеснок, табак, алкоголь), заниматься сексом. Группа независимых экспертов обоих полов оценивала внешнюю привлекательность испытуемых. Другая группа оценивала использованные ночные рубашки, выясняя, какой запах им нравится больше.

Выяснилось удивительное: мужчины выделили лучший запах рубашки, и за ним скрывалась привлекательная женщина.

## МОДА И СЕКСУАЛЬНОСТЬ

John C. Fluegel разработал теорию скрытых эrogenных зон. Мода подчеркивает эrogenную зону, как сексуальную провокацию, и предлагает социальный компромисс. Если человек долго скучает по какому — либо участку тела, мода открывает для него эту область и привлекает на нее внимание людей.

Качественный анализ на эту тему был проведен Alexander Lowen (1985) в американских журналах: он изучал изменение длины юбки. С 1880 г. по 1980 г. мода менялась не быстрее, чем сто лет назад. Как и длину юбки, можно проанализировать, как менялось во времени обнажение разных участков тела.

Alexander Lowen (1985 г.) подтверждает эту теорию: если, например, юбка слишком короткая, и акцент идет на ноги, то декольте становится высоко закрытым.

Дискуссия о красоте и эротической привлекательности становится сложнее, когда мы касаемся фактора одежды и украшений. Идеалы очертания тела достаточно разнообразны и могут быть экстремальными (жирафовидная шея — Рис. 5, яйцевидная форма головы или растянутые губы у африканцев).

Установка на губных тарелок по сей день широко практикуется лишь двумя родственными племенами — мурси и сури, населяющими долину Омо, что на стыке границ Южного Судана, Эфиопии и Кении (Рис. 6).

## ПРИВЛЕКАТЕЛЬНОСТЬ ОБНАЖЕННОГО ТЕЛА

Вид обнаженного тела имеет разное влияние на мужчин и женщин. Изображение голых мужчин служит, в основном, гомосексуальным мужчинам. 50-ти студентам и 50-ти студенткам предложили оценить фото журнала «Плейбой». По десятибалльной шкале им предлагалось ответить, насколько сильно их возбудили фото. Три четверти женщин дали самые низкие оценки, почти все мужчины — самые высокие. 84% мужчин желали купить следующие выпуски журнала, 80% женщин отказались от покупки. То, что мужчины так фиксированы на гениталиях и имеют желание созерцать их, имеет под собой биологические корни. У женщин нет биологической необходимости наблюдать за мужскими гениталиями.



Рис. 5



Рис. 6

Этот выбор может объясняться следующим: если бы на женщин действовал возбуждающе вид мужских гениталий, и если бы женщины на это реагировали, количество случайных половых контактов резко бы увеличилось. Таким образом, только гены самых лучших мужчин имели бы шанс воспроизводства.

## ЗНАЧЕНИЕ СЕМООЦЕНКИ

Существенную роль в оценке привлекательности играет сама оцениваемая личность. Это значит, если я ценю себя сам, нахожу себя привлекательным, интеллигентным.

Самооценка зависит от событий детства, от успехов и неудач в социальной сфере. Этот динамический процесс может формировать неадекватную самооценку, если человек страдает от непонимания и равнодушия, неадекватности отношений....

Самооценка действует решающе в общении с другими людьми. Например, страх мужчины быть отвергнутым женщиной зависит не только от ее привлекательности, но и от его самооценки.

Kiesler и Baral (1970 г.) провели эксперименты с мужской самооценкой. Был предложен тест на интеллигентность с заранее фальшивыми результатами. Затем испытуемых провожали в кафе и «случайно» представляли женщинам в различной одежде, с разными прическами и макияжем.

Мужчина с низкой самооценкой (тест) не знакомился ни с привлекательной, ни с непривлекательной женщиной. Мужчина с высокой самооценкой (тест) знакомился как с красивой, так и с некрасивой женщиной.

Только мужчины с высокой самооценкой не боятся риска быть отвергнутым красивой женщиной

Самооценкой можно легко манипулировать.

В другом опыте мужчинам предложили 6 фото разных привлекательных женщин и заверили мужчин, что те будут с ними охотно встречаться. Непривлекательные мужчины были в себе уверены и выбирали самую красивую женщину. Другую половину просили выбирать, ничего не обещая. Мужчины при этом выбирали женщин средней привлекательности.

Были исследования и с женщинами. Им задавали вопросы по фото, кого они выберут в качестве партнера, и какую роль при этом играет привлекательность. Первый вопрос приводил ко второму: женщины выбирают партнера, в зависимости от того, будет ли внимание акцентироваться на них самих. Небольшой риск быть отвергнутой значил больше, чем привлекательность.

Продолжение следует...



**От Редакции:** В последнее время люди стали обращать внимание на такие природные явления, как целительские способности некоторых видов домашних животных, в частности, кошек. И это не удивительно. В наше время стрессов и экологических перемен пушистые целители способны творить чудеса! Но если ранее о кошкотерапии нам говорили исключительно психологи, то теперь об этом уникальном и эффективном способе лечения говорят уже сами медики...



Ю. А. Шевчук,  
ПСПбГМУ им. акад. И. П. Павлова,  
Санкт-Петербург, Россия

## КОШКОТЕРАПИЯ (ФЕЛИНОТЕРАПИЯ)

Прелесть кошки в утонченной, своеобразной красоте. Все движения исполнены грации и легкости. Но красота — это еще не все. Почти все представители кошачьих способны выражать огромную гамму чувств. Страх, удовлетворение, любопытство, разочарование, обида — это эмоции, которым подчинено поведение кошки. Кому же лучше понять эти чувства, как не человеку?! Поэтому, добившись кошачьего признания, любой хозяин бывает просто счастлив. И если вы думаете, что кошка — это обычное животное, то вы глубоко ошибаетесь!

Ученые утверждают, что люди, у которых дома живет кошка, обращаются к врачам за помощью в пять раз реже, чем те, у кого пушистого питомца в доме нет. Это не удивительно: с древних времен целительские способности кошек были известны во многих странах, и позднее медики даже изобрели фелинотерапию — лечение многих заболеваний именно при помощи кошек и без всяких лекарств и других методов медицинского воздействия. Некоторые ученые убеждены, что кошки лечат нас благодаря своим уникальным экстрасенсорным способностям, некоторые отмечают особую целебную ауру этих животных, однако в целом механизм такого лечения и не важен, ведь вывод один: после того как кошка полежит рядом с вашим больным местом, боль существенно утихает, а вы идете на поправку. И если вы сомневаетесь, лечат ли кошки какие-либо болезни, попробуйте это проверить.

Считается, что кошки владеют многими лечебными методами, которые могут применять,

находясь рядом с хозяином. Это и «массаж» лапками, и «прогревание», когда кошка ложится на больное место, и «облучение» целебными волнами. При этом считается, что биологическое воздействие у кошек значительно сильнее, чем у котов, и именно кошки лечат стрессы, болезни нервной системы и заболевания внутренних органов. Также кошки могут излечивать остеохондроз, артроз, радикулит и другие ортопедические заболевания.

Впрочем, лечение кошками зависит от того, к какой породе относится ваш питомец. Разные животные способны оказывать разное воздействие на наш организм, и если вы хотите узнать, какие кошки лечат вашу болезнь, вот примерный перечень:

- длинношерстные кошки (ангорские, персидские, сибирские, бирманские и др.) — отличные «невропатологи», которые прекрасно справляются с раздражительностью, депрессией и бессонницей хозяина, отдельно





персидские кошки могут эффективно лечить остеохондроз и боли в суставах,

- кошки с шерсткой средней длины (британские или экзотические короткошерстные) — «кардиологи»,
- короткошерстные и бесшерстные кошки «специализируются» на болезнях почек, печени и желудочно-кишечного тракта,
- сиамские кошки умудряются уничтожать все болезнетворные микробы в доме, поэтому их хозяева, как правило, никогда не болеют гриппом и простудами.

В любом случае лечение кошками начинается с того, что вы должны взять любимицу на руки и погладить ее: через ваши пальцы и ладони кошка и окажет на вас самое целебное воздействие. В тяжелых случаях кошки приходят и ложатся на ваше больное место самостоятельно.

### КАК КОШКИ ЛЕЧАТ ЛЮДЕЙ САМИ?

Если кошка чувствует, что вам нужна ее помощь, она сможет безошибочно определить ваше больное место и лечь на него или хотя бы к нему прижаться. В таком случае нельзя считать животное назойливым и прогонять его, хотя, впрочем, кошка не обидится: если она считает, что она должна вас вылечить, она будет делать это настойчиво, поэтому попросту не уйдет.

Еще один важнейший способ лечения — урчание. Таким образом кошки лечат стрессы, а заодно и улучшают состояние костной ткани человека и способствуют быстрому восстановлению клеток. Это, кстати, доказано учеными, которые определили частоту вибрации урчания кошек, — в пределах 22 и 44 Гц встречаются самые целебные волны! Сама кошка обладает голосом, способным к различным модуляциям. К каждому члену своей семьи она обращается по-разному, равно как и к различным кошкам. С котятами она «воркует» нежно и ласково. Кошачьи любовные арии или боевые дикие вопли знакомы всем. Но самый замечательный из звуков, создаваемых кошкой, — это мурлыканье. Раньше люди говорили, что кошка «прядет», так как эти звуки напоминали равномерное гуде-

ние колеса прялки. В Швеции до сих пор иногда выражают согласие фразой: «Вы меня умурлыкали». Мурлыкая, кошка говорит: «Я радуюсь, что ты здесь, мне хорошо и спокойно». Но мурлыканье может быть и уведомлением: «Успокойся, не волнуйся». Больные и раненые кошки мурлыкают, пытаясь успокоить близкого человека. А еще при родах, между схватками, кошка мурлычет, успокаивая еще не родившихся котят (а потом и котята начнут мурлыкать, упрашивая маму дать еще молочка).

И, конечно же, лечение кошками во многом основано на энергетическом обмене между животным и его хозяином. Если вы пришли к кошке по душе, она не только подарит вам свою энергию, но еще и специально увеличит свои биоэнергетические способности, чтобы исцелить вас от любого недуга.

Ну, а если вы не знаете, лечат ли кошки ваше заболевание, запомните, что эти животные буквально «прописаны» тем, кто страдает гипертонией, сердечными заболеваниями (например, перенес инфаркт миокарда), язвой желудка или гастритом, бронхитом, пневмонией, гриппом, неврозами и другими нервными расстройствами. Если кошка чувствует, что вы раздражены или огорчены, она будет даже навязчивой, чтобы снять ваш стресс и не допустить катастрофы с вашим здоровьем!

Кроме того, кошки способны снизить повышенное артериальное давление, снять головную боль и даже... поспособствовать быстрому заживлению ран и травм. И пусть даже доподлинно не известно, как кошки лечат людей, это и не важно: процесс «терапии» всегда будет очень приятным для вас, ведь вы сможете провести несколько спокойных минут, поглаживая свою «котейку» и ощущая ее ответную любовь к вам. И даже если после такого лечения вам придется пойти к врачу, не сомневайтесь: обычный доктор обнаружит в вашем состоянии значительные улучшения!

Кошки — это природные целители. Приручайте зверя и будьте здоровы! ☺

*Продолжение следует...*





**От Редакции:** В каждом выпуске нашего журнала мы размещаем информацию о самых лучших курортах, с которыми активно сотрудничает наше Общество специалистов «Международное медицинское сотрудничество». С венгерским курортом Тапольца, расположенном на северном берегу озера Балатон, мы работаем с 2013 года. Чем знаменит этот курорт, с какими заболеваниями едут туда люди со всей Европы, напоминаем нашим читателям в этой короткой статье.

## ВЕНГЕРСКИЙ КУРОРТ ТАПОЛЬЦА

Город Тапольца с населением около 20 000 чел. находится в Венгрии в 12 километрах от озера Балатон и в 190 километрах от Будапешта. Эта территория, находящаяся вблизи от термальных источников, была заселена еще в неолите каменного века. Название города имеет славянское происхождение и означает буквально «горячая вода».

Купальная культура венгерского народа имеет древние корни (об этом мы неоднократно напоминали в наших публикациях о Венгрии). Повсеместно в Венгрии большой популярностью пользуются купальни, аквапарки, велнес-зоны гостиниц, где представлены бассейны как с термальной, так и с обычной водой, грязелечебницы, бьюветы с минеральными водами, сауны и т.д. И Тапольца — не исключение. Вода здесь отличается высоким содержанием минералов, особенно кальция, что способствует позитивному эффекту при лечении заболеваний опорно-двигательного аппарата, остеопорозе. Также в воде довольно много тироксида серы, что объясняет целебное воздействие воды при кожных заболеваниях, в т.ч. аллергической этиологии.

Главная достопримечательность Тапольцы — это природные карстовые пещеры на глубине 15 м с уникальным микроклиматом, стабильной температурой 14–16 °C и влажностью 95–99%, а также отсутствием пыли, бактерий и аллергенов. Пещеры были обнаружены в 1902 г., но лишь спустя 80 лет стали использоваться в лечебных целях, когда стали известны результаты анализов воды и воздуха, и оценен их уникальный состав. Обращает на себя внимание высокое содержание в воздухе пещер, прежде всего, кальция (113,2 мг/л), что благотворно влияет на состояние органов дыхания и кожи. Пребывание в пещере также благотворно сказывается на вегетативной нервной системе и снимает воспаление слизистой оболочки путем отделения и вывода мокроты из верхних дыхательных путей. Равномерная влажность и прохладная температура воздуха обеспечивают закаливание и защиту от последующих заболеваний. Поэтому сеансы дыхания в пещере рекомендуются не только взрослым, но и детям любого возраста, в частности, часто болеющим детям.

Таким образом, на курорте успешно решаются проблемы лечения заболеваний верхних дыхательных путей, хронических заболеваний бронхолегочной системы, особенно с аллергическим компонентом. Использование карстовых пещер с их уникальным климатом в лечении — спелеотерапия — применяется на практике относительно недавно, но ее результаты в лечении бронхиальной астмы, хронических и рецидивирующих бронхитов, респираторных аллергозов и т.п. являются бесспорными. Лечебным считается пребывание в пещере в течение 2–3 часов ежедневно. Рекомендательный курс для достижения лечебного эффекта — 2–3 недели. Курорт Тапольца предлагает поистине уникальный метод лечения выше перечисленных заболеваний, который не имеет аналогов.

Достопримечательностью Тапольцы является и то, что термальные источники можно видеть, находясь в пещерах. Это является даже своеобразным экзотическим моментом, что привлекает сюда туристов не только ради лечения. Пещерное озеро представляет собой, действительно, уникальное явление, не имеющее ничего подобного во всей Средней Европе. Нижние залы и некоторые части верхних проходов трехъярусной системы пещеры, возникшей в результате деятельности карстовых вод, заполняет вода с температурой примерно 19° C. Участок длиной около 300 метров можно преодолеть на лодке. В чистой воде хорошо видны проходы, ведущие в нижние залы...

На курорте также предлагается множество процедур, в том числе различные виды массажа, лечебной физкультуры, физиотерапия, талассотерапия, ингаляции и т.д. Лечение проходит под контролем медицинского персонала. Обеспечивается русскоговорящее сопровождение.

Лечебная пещера расположена в центральной части города Тапольца. На поверхности земли, где находится великолепный городской парк, построен отель «Hunguest Hotel Pelion\*\*\*\* superior», и гости этого отеля могут, не выходя на улицу, по специальному внутреннему коридору попасть в комфортную, безопасную пещеру, которая освещена светильниками и оборудована всем необходимым для полноценного отдыха.

Надо заметить, что в Тапольце есть, что посмотреть, впрочем, как и в любом другом уголке Венгрии, бережно хранящей свои культурные исторические ценности и достопримечательности. Сам городок не велик, но необыкновенно красив, спокоен и чист. Всегда можно совершить непродолжительную поездку на Балатон и посетить старинные венгерские городки на берегу знаменитого озера, исторические места, древние замки и крепости, винные подвалы и т.д. В отеле созданы все условия для пребывания с детьми, начиная с детского меню в ресторане и заканчивая наличием детского бассейна в велнес-зоне и игровой комнаты, где за детьми присматривают воспитатели в течение дня.

У нас сложилось впечатление, что Тапольца — это один из самых важных курортов Венгрии, который может быть востребован у наших соотечественников, ведь в нашей стране так много страдающих бронхиальной астмой, хроническими бронхолегочными заболеваниями, аллергозами, так много часто болеющих детей, которых родители стараются непременно вывозить на юг, на море, после чего они болеют еще больше и чаще... Не в море дело, не в пляжах и пребывании на открытом солнце. Следует прислушиваться к советам врачей, знающих курортологию, тогда и взрослые, и дети будут здоровы. ☛

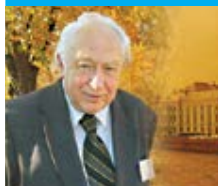
М. А. Мамаева, кандидат медицинских наук, руководитель Общества специалистов «Международное медицинское сотрудничество», директор Издательского Дома СТЕЛЛА, Санкт-Петербург

## ФОРУМЫ И КОНФЕРЕНЦИИ 2017

Место проведения: бизнес-центр отеля «Парк Инн Пулковская»,  
г. Санкт-Петербург, пл. Победы, 1, ст. метро «Московская»

В рамках всех Форумов и Конференций проводятся:  
Школа повышения квалификации врача-педиатра, Школа по нутрициологии и гастроэнтерологии,  
Школа по детской пульмонологии, Школа по детским инфекционным болезням

1–2 марта 2017 года



X Юбилейная научно-практическая конференция с международным участием

### «ВОРОНЦОВСКИЕ ЧТЕНИЯ. САНКТ-ПЕТЕРБУРГ – 2017»

*Посвящается памяти профессора И.М. Воронцова*

В рамках Конференции планируется обсуждение актуальных вопросов современной педиатрии, а также проведение:

- Школы по аллергологии и иммунологии
- Школы по детской кардиологии и ревматологии
- Школы по детской дерматологии
- Школы по неотложной помощи
- Школы по детской нефрологии
- Школы по неврологии
- Мастер-класса по рациональной антибактериальной терапии у детей
- Молодежного интеллект-клуба для студентов и молодых ученых

20–21 апреля 2017 года



XI Российский Форум с международным участием

### «ЗДОРОВЬЕ ДЕТЕЙ: ПРОФИЛАКТИКА И ТЕРАПИЯ СОЦИАЛЬНО-ЗНАЧИМЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ. САНКТ-ПЕТЕРБУРГ – 2017»

*Совместно с ФГАУ «Научный центр здоровья детей»*

В рамках Форума планируется обсуждение актуальных вопросов современной педиатрии, в том числе: профилактика и терапия социально-значимых заболеваний у детей (туберкулез, гепатит В, С, болезнь, вызванная вирусом иммунодефицита человека, злокачественные новообразования, сахарный диабет, психические расстройства, артериальная гипертензия)

**Сателлитные мероприятия в рамках Форума:**

- Научно-практическая конференция «Инфекционные заболевания у детей: современные пути профилактики и лечения»
- Научно-практическая конференция «Актуальные вопросы современной детской дерматовенерологии и подростковой косметологии»
- Всероссийский симпозиум «Лабораторная диагностика в педиатрической практике»
- Научно-практическая конференция «Инновационные методы обучения в медицинской практике с использованием симуляционных технологий»
- Российский семинар для заведующих педиатрическими кафедрами, посвященный обсуждению ФГОС третьего поколения

15–16 июня 2017 года



II Российский Форум с международным участием

### «СОВРЕМЕННАЯ ПЕДИАТРИЯ. САНКТ-ПЕТЕРБУРГ – БЕЛЫЕ НОЧИ – 2017»

Целью Форума является широкое информирование российской педиатрической медицинской общественности о современных возможностях профилактики, диагностики и терапии заболеваний у детей и подростков, а также обмен опытом по научным и практическим вопросам оказания педиатрической помощи в различных регионах РФ.

В рамках Форума состоится Рабочее совещание главных внештатных специалистов Министерства здравоохранения РФ педиатрического профиля.

[HTTP://WWW.PEDIATRIYA-SPB.RU/](http://www.pediatrica-spb.ru/)



Общество специалистов:

**«Международное медицинское сотрудничество»  
при Издательском Доме СТЕЛЛА**  
информирует:

**Формируется группа родителей с детьми, страдающими частыми простудными заболеваниями, респираторными аллергиями, бронхиальной астмой, для лечения в карстовой пещере и минеральных источниках курорта Тапольца (Венгрия), приглашаются также родители с детьми с целью оздоровления и отдыха, а также специалисты.**

Для группы будут проводиться семинары по пещерной терапии, правильному питанию, питьевому режиму, оздоровительным методикам и т. д.

**Проживание в отеле Hunguest Hotel Pelion\*\*\*\* superior.**

**Даты поездки — 25 июня — 09 июля 2017 года.**

**Курс пребывания на курорте — 14 дней.**

Программа предусматривает пребывание детей с родителями (или с другими родственниками).

Лечение будет проводиться под контролем специалистов.

Обеспечивается русскоязычное сопровождение.

Приглашаем к сотрудничеству врачей педиатров и детских аллергологов, пульмонологов, неврологов, эндокринологов и т. д.

Возможно включение в группу специалистов с целью отдыха, оздоровления и совместного научного сотрудничества.

По желанию предлагаются интересные туристические и культурные программы, а также участие в бесплатных семинарах, встречах-беседах со специалистами.

Справки по телефону: **+7-921-589-15-82**

e-mail: **stella-mm@yandex.ru**

